

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Helle Peterson

**TEGEMATA JÄÄNUD ÕENDUSTEGEVUSED NING ÕDEDE TÖÖKORRALDUS
EESTI REGIONAAL- JA KESKHAIGLATE KIRURGIAOSAKONDADES:
LÄBILÕIKELINE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2019

Põhijuhendaja: Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Marit Kiljako, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendaja otsusega /09.05.2019/. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Helle Peterson (sünnikuupäev: 07.09.1992),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Tegemata jäänud õendustegevused ning õdede töökorraldus Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades: läbilõikeline uurimus“,

mille juhendaja on Ere Uibu, MSc,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates **01.09.2020** kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Helle Peterson
16.05.2019

KOKKUVÕTE

Tegemata jäänud õendustegevused ning õdede töökorraldus Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades: läbilõikeline uurimus

Varasemad uurimistööd kirjeldavad, et tegemata jäänud õendustegevused on ülemaailmselt tervishoiuteenuse kvaliteedi ja patsiendiohutuse probleemiks, kuna võivad negatiivselt mõjutada patsiendi seisundit ja ravitulemit. Õendustegevuste tegemata jäämisel võib olla erinevaid põhjuseid, kuid teaduskirjanduses kirjeldatakse peamiselt erinevaid töökorralduslikke aspekte. Eestis ei ole varasemalt uuritud tegemata jäänud õendustegevusi, ei ole teada mil määral neid esineb ning kuidas need on seotud õdede tausta või töökorraldusega. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada tegemata jäänud õendustegevusi ning õdede töökorraldust Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades ning selgitada seoseid tegemata jäänud õendustegevuste, õdede tausta ning töökorralduse vahel.

Andmed koguti anonüümse elektroonse küsimustikuga ajavahemikus 1. juuni kuni 31. oktoober 2018. Uuritavateks ($n=169$) olid uurimisperioodil Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades töötavad õed ($N=570$) ning vastamismäär oli 30% üldpopulatsioonist. Andmed analüüsiti statistiliselt, kasutades kirjeldavat statistikat, Pearsoni hii-ruut ja Fisheri täpset testi. Avatud lõpuga küsimusi analüüsiti deduktiivse sisuanalüüsi meetodil.

Uurimistulemustest selgus, et mõnikord või tihti jäid teatud õendustegevused tegemata 88,2%-l uuritavatest. Kõige sagedamini jäi õendustegevustest tihti tegemata dokumenteerimine ja õendusplaanide hindamine (32,5%). Kõige vähem jäi tegemata desinfitseerimine (4,7%). Sagedamini esines õendustegevuste tegemata jäämist tasemeõppe teel kõrghariduse omandanud ja lühema tööstaažiga uuritavate seas. Patsientide arv õe kohta viimase vahetuse ajal oli keskmiselt 7,5 patsienti ($SD=2,5$). Patsientide arvu suurenedes õe kohta, suurenes ka tegemata jäänud õendustegevuste hulk. Üle poolte uuritavatest (58,5%) arvas, et tegemata jäänud õendustegevusi põhjustab töökorraldus. 68,9% uuritavatest täitsid oma vahetuste ajal ka õdede töökohustuste hulka mittekuuluvad tegevusi.

Tulemustest võib järeldada, et Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades esineb tegemata jäänud õendustegevusi olulisel määral ning nad on üle pooltel juhtudest seotud töökorraldusega. Seega tuleb juhtimise tasemel töökorralduse ja personali planeerimisega rohkem tegeleda, et tagada kvaliteetse ja ohutu tervishoiuteenuse osutamine.

Märksõnad: tegemata jäänud õendustegevus, õdede töökorraldus, kirurgiaosakond.

SUMMARY

Nursing care left undone and nurses work organization in the surgical wards of regional and central hospitals in Estonia: a cross-sectional study

Previous research describes that care left undone is a worldwide issue concerning healthcare quality and patient safety, due to its negative effect on the condition of the patient and adverse events. Care left undone may be caused by many factors, but scientific literature describes mainly different aspects of work organization. In Estonia, care left undone has not been researched in the past, and, therefore, it is not known to what extent it occurs and how it is related to the background of nurses and work organization. The aim of the study was to describe nursing care left undone and nurses work organization in the surgical wards of regional and central hospitals in Estonia and to explain links between nursing care left undone, the background of nurses and work organization.

Data collection took place from 1 June to 31 October 2018, using an anonymous electronic questionnaire. The research was conducted with a sample (n=169), consisting of nurses working in the surgical wards of regional and central hospitals in Estonia at the time of the research period (N=570), and the participation rate was 30% of the total subjects. The data was analysed statistically, using descriptive statistics, Pearson's chi-square and Fisher's exact test. The open-ended questions were analysed by the method of deductive content analysis.

The results revealed that 88.2% of the subjects reported nursing care left undone sometimes or often. Most often reported nursing activity left undone was documentation and evaluation of care plans (32.5%). The nursing activity left undone most rarely was carrying out disinfection measures (4.7%). Nursing care was left undone more frequent among those who had acquired higher education through formal education and subjects with shorter length of employment. The number of patients per nurse during the last shift was an average of 7.5 patients (SD=2.5). When the number of patients per nurse increased, the amount of care left undone increased as well. More than half of the subjects (58.5%) considered work organization to be the cause of care left undone. 68.9% of the subjects also performed non-nursing tasks during their shifts.

From the results, we can conclude that nursing care left undone occurs to a significant degree in the surgical wards of regional and central hospitals in Estonia, and, in more than half of the cases, it is related to work organization. Thus, work organization and staff planning require more attention at the management level to ensure high quality and safe healthcare service.

Keywords: nursing care left undone, nurses work organization, surgical ward

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	4
2. TEGEMATA JÄÄNUD ÕENDUSTEGEVUSED JA ÕDEDE TÖÖKORRALDUS	6
2.1 Tegemata jäänud õendustegevuse olemus ning selle mõju õendusabi kvaliteedile	6
2.2 Tegemata jäänud õendustegevuste uurimine ja nende esinemine	7
2.3 Õendustegevuste tegemata jäämise põhjused varasematele uurimistulemustele tuginedes.....	8
2.4 Õdede töökorraldus kui õendustegevuste tegemata jäämise võimalik põhjus	10
3. METOODIKA	15
3.1 Magistritöö metodoloogilised lähtekohad	15
3.2 Uuritavad	16
3.3 Andmete kogumine.....	17
3.4 Andmete analüüs	19
3.5 Uurimistöö usaldusväärsus	20
4. TULEMUSED	22
4.1 Uuritavate taustaandmed ja osakondade töökorraldus	22
4.2 Tegemata jäänud õendustegevused	26
4.2.1 Igapäevased hooldustoimingud	26
4.2.2 Toetuse pakkumine	26
4.2.3 Rehabilitatsioon ja juhendamine	27
4.2.4 Jälgimine ja ohutus.....	28
4.2.5 Dokumenteerimine	28
4.3 Seosed tegemata jäänud õendustegevuste ning õdede tausta ja töökorralduse vahel.....	30
5. ARUTELU	34
5.1 Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega	34
5.2 Eetilised aspektid	38
5.3 Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad	39
5.4 Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid.....	41
6. JÄRELDUSED	43
KASUTATUD ALLIKAD.....	44
LISAD	52
Lisa 1. Uurimistöösse kaasatavad regionaal- ja keskhaiglate struktuurüksused	52
Lisa 2. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus 282/T-3.....	53
Lisa 3. Kirjavahetus küsimustiku autoriga	54
Lisa 4. BERNCA-R küsimustik eesti keeles	56
Lisa 5. BERNCA-R küsimustik vene keeles	61
Lisa 6. Prooviuurimuse lisaküsimused	66
Lisa 7. Analüüsiva statistika tulemused tegemata jäänud õendustegevuste, uuritavate tausta ning töökorralduslike tunnuste kohta	69

1. SISSEJUHATUS

Kvaliteetse abi osutamine on tervishoiusüsteemi peamine eesmärk (Cho jt 2016). Paraku on haiglad tihti olukorras, kus nad peavad olema maksimaalselt efektiivsed, kasutades selleks minimaalset ressursi (Sochalski 2001). Õed moodustavad tervishoiuasutuste suurima tööjõu ressursi ning seetõttu on neil parim positsioon patsiendiohutuse ja teenuste kvaliteedi tagamisel (Hassmiller ja Cozine 2006). Tegemata jäävad õendustegevused on ohujuhtumite üheks tekkepõhjuseks ning mõjutavad negatiivselt teenuse kvaliteeti (Jones jt 2015). Baines jt (2013) ning Yngman-Uhlin jt (2016) toonitavad, et kirurgiaosakondades on töö iseloomu tõttu suur risk patsiendiohutuse mittetagamise ja suurte hospitaliseerimise kulude tekkeks ning kirurgia valdkond on eriti tundlik mistahes õendustegevuste tegemata jätmise suhtes.

Tegemata jäänud õendustegevused on vajalikud õendustegevused, mis jäävad sooritamata peamiselt ajapuuduse tõttu (Ausserhofer jt 2014, Jones jt 2015). Maailmas on tehtud mitmeid uurimistöid, mis kirjeldavad tegemata jäänud õendustegevusi ja ka nende tekkepõhjust (Ausserhofer 2014, Jones jt 2015, Ball jt 2016, VanFosson jt 2016, Winsett jt 2016). Kõige sagedamini jäävad tegemata patsiendiga suhtlemine ja õendusplaanide koostamine ning uuendamine (Al-Kandari ja Thomas 2009, Ball jt 2016, Winsett jt 2016). Täheledatakse, et õendustegevuste tegemata jätmist põhjustavad töökorralduslikud aspektid nagu mittevastav personali või töövahendite ressurss ja suhtlemisprobleemid (Al-Kandari ja Thomas 2009, Kalisch jt 2009, Kalisch jt 2011b). Õdede tööjõu puuduse ning töökorralduse tõhususe parandamiseks on aina rohkem hakatud tähelepanu pöörama tegemata jäänud õendustegevustele ning nendest mõjutatud patsiendi tervisetulemitele (Jones jt 2015).

Mitmetes uurimistöodes on uurijad kindlaks teinud seosed õdede koosseisu ning patsientide tervisetulemite vahel (Aiken jt 1997, Leiter ja Laschinger 2006, Tourangeau jt 2007, Aiken jt 2009, Farquharson jt 2013). Kirjeldatakse, et mida vähem on õdesid, seda suurem on patsientidel oht kuseteede infektsioonide, pneumoonia, kardiogeense šoki, südameseiskumise ning maoverejooksu tekkeks, samuti võib eelmainitust lähtuvalt suurened voodipäevade arv (Needleman jt 2002). Uurimistulemused on näidanud, et õenduspersonali koosseisul võib olla mõju ka patsientide suremusele – mida madalam on õdede haridus või mida vähem õdesid patsientidega tegeleb, seda suurem on patsientide suremus (Kane jt 2007, Aiken jt 2014).

Uurimistöö autor on oma igapäevases töös kokku puutunud olukordadega, kus kirurgiaosakondades töötavate õdede sõnul on neil liiga palju tööülesandeid ning teatud

õendustegevused jäävad seetõttu tegemata. Töökoormuse hindamine tööülesannete alusel on Eesti haiglate üldraviosakondades vähene ning töökorralduse organiseerimine raskendatud, kuna kõikides haiglates ja osakondades standardseid õde-patsient suhtarve ning töökoormuse hindamise mõõdikuid erinevatel põhjustel rakendada ei õnnestu. Autori kogemusel ei ole kesket töökorralduse süsteemi Eesti haiglates kokku lepitud ning tervishoiuasutused planeerivad töötajate koosseisu oma organisatsiooni tasandil. Teatud määral juhindutakse Eesti Õdede Liidu volikogus heakskiidetud normidest (Freimann 2016) ning Haigekassa teenuste tasustamise korrast (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste... 2016, Teenuste standardkulu komponendid... 2017). Samas peavad pakutavad teenused olema kvaliteetsed kõigis õendusabi valdkondades ning osutatud optimaalsete ressurssidega, mis omakorda nõuab piisaval arvul sobivate teadmiste, oskuste ja hoiakutega õendustöötajaid (Kaheksa sammu inimese ... 2011). Rheume jt (2015) toonitavad, et kui õendusjuhid pööravad töökorraldusele rohkem tähelepanu, saab maksimaalselt ära kasutada õdede teadmisi ja aega ning tagada patsientide parimad tervisetulemid, mille tulemusena paraneb tervishoiuteenuse kvaliteet.

Eestis ei ole uuritud tegemata jäänud õendustegevusi, ei ole teada mil määral neid esineb ning kuidas need on seotud õdede tausta või õdede töökorraldusega. Samas on teema uurimine väga oluline õendusabi ja õendusjuhtimise kvaliteedi arendamiseks. Käesoleva uurimistöö tulemused annavad ülevaate, missugused õendustegevused jäävad kõige sagedamini tegemata, missugune on õdede töökorraldus statsionaarsetes kirurgiaosakondades ning kuidas on tegemata jäämine seotud õdede tausta ja töökorraldusega. Tulemuste põhjal saab teha järeldusi nii õenduspraktika, -juhtimise, kui ka -pedagoogika jaoks ning otsustada, millised õendustegevused enim tähelepanu ja toetamist vajavad selleks, et tagada patsiendiohutus, kvaliteetne õendusabi ning patsiendi rahulolu ja parim võimalik tervisetulem.

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada tegemata jäänud õendustegevusi ning õdede töökorraldust Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades ning selgitada seoseid tegemata jäänud õendustegevuste, õdede tausta ning töökorralduse vahel. Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

- Missugused on tegemata jäänud õendustegevused uuritavates kirurgiaosakondades?
- Missugune on õdede töökorraldus uuritavates kirurgiaosakondades?
- Missugused seosed esinevad tegemata jäänud õendustegevuste, õdede tausta ning töökorralduse vahel?

2. TEGEMATA JÄÄNUD ÕENDUSTEGEVUSED JA ÕEDEDE TÖÖKORRALDUS

2.1 Tegemata jäänud õendustegevuse olemus ning selle mõju õendusabi kvaliteedile

Tegemata jäänud õendustegevusi (*nursing tasks left undone, nursing care left undone, unfinished care, missed nursing care, task incompleteness, incomplete care, implicit rationing of nursing care*) defineeritakse kui vajalikke õendustegevusi, mis jäävad sooritamata valdavalt puuduliku aja tõttu (Ausserhofer jt 2014, Jones jt 2015). Tegemist on võrdlemisi hiljuti defineeritud mõistega, mis viitab olukorrale, kus õendustegevuses jääb midagi tegemata või tegevus hilineb märgatava aja, tegevus võib jääda tegemata kas täielikult või osaliselt (Kalisch jt 2009, Cho jt 2016).

Õed on antud nähtuse esinemisest teadlikud ning suudavad seda tuvastada. Kuid vaatamata sellele, hakati tegemata jäänud õendustegevuse mõistest rääkima alles viimasel aastakümnel. Õed ei soovi ise tegemata jäänud õendustegevuste teemal sõna võtta, mis võib olla tingitud faktist, et nähtusega käib kaasas valehäbi ning süütunne. Õed selgitavad, et nad tunnevad tegemata jäänud õendustegevustega seoses viha, kurbust, frustratsiooni ning muret. (Kalisch 2006.) Esineb olukordi, kus õed jäävad vahetuse lõppedes kauemaks tööle, et teatud õendustegevusi lõpuni teha. Selline situatsioon võib aga tekitada õdedes stressi ning põhjustada läbipõlemist. Samas kirjeldavad paljud õed, et nad tunnevad kergendust, et antud nähtusest avalikult räägitakse. (Russell 2016.) Tegemata jäänud õendustegevuste esinemise mittetunnistamine on sarnane olukorrale, kus varjatakse erinevate vigade tegemist ning tüsistuste tekkimist. See aga on oht osutatava teenuse kvaliteedile. (Kalisch 2006.)

Tegemata jäänud õendustegevuste hindamist kasutatakse ühe meetmena, et hinnata osutatava **õendusabi kvaliteeti** (Lucero jt 2010). Õendusabi loetakse kvaliteetseks, kui patsiendi füüsilised, psühhosotsiaalsed ja muud erivajadused rahuldatakse (Kunaviktikul jt 2001). Õendusabi kvaliteetsuse puhul räägitakse olukorra adekvaatsest hindamisest ning vajaduspõhistest õendustegevustest, et tagada parimad patsiendi tervisetulemid. Osutatava õendusabi kvaliteet võib oleneda nii õest sõltuvatest faktoritest, kui ka organisatsioonist, kus õde töötab. Õendusabi kvaliteeti mõjutavad näiteks õe teadmised ja pädevus, aga ka väsimus. (Clarke ja Donaldson 2008.) Kalisch jt (2009) lisavad, et õest sõltuvad faktorid on ka vanus, sugu, rahvus, töökogemus, otsustusvõime, tööharjumused, vastutusala mõistmine, uskumused ja väärtused. Erinevused nendes aspektides võivad mõjutada õendusabi osutamise protsessi. Täpsemalt nende protsesside ajastust, täielikkust ning järjepidevust. Samuti mõjutavad tegemata

jäänud õendustegevuste esinemist õe rahulolu tööga ja antud töökohast lahkumise soov. On täheldatud, et õel, kes pole oma tööga rahul ning soovib töökohast lahkuda, esineb ka rohkem tegemata jäänud õendustegevusi. Töökeskond ning -korraldus mõjutavad töötaja suutlikkust osutada kvaliteetset õendusabi. (Clarke ja Donaldson 2008.)

Üheks õendusabi kvaliteedi näitajaks on patsiendiohutuse tagamine, mistõttu tuleks sellele tähelepanu pöörata (Cho jt 2016). Patsiendiohutuse tagamiseks peavad patsiendid olema jälgitud, seisundi muutustele tuleb reageerida kiiresti ning õendustegevused peavad olema sooritatud täiel määral (Clarke ja Donaldson 2008). Tegemata jäänud õendustegevused on ülemaailmselt kvaliteedi ja patsiendiohutuse probleemiks, kuna nendest on tingitud negatiivne mõju osutatavale tervishoiuteenusele ning nende tõttu võivad aset leida ohujuhtumid. (Al-Kandari ja Thomas 2009, Ausserhofer jt 2014, Jones 2015, Cho jt 2016). Tegemata jäänud õendustegevuste tulemusena võib pikeneda patsiendi viibimine haiglas ning tüsistuste tõttu võib esineda korduvhospitaliseerimist. Kui õed saavad osutada oma teenust korrektselt ja täies mahus, saab seda olukorda vältida. (Sasso jt 2017.) Tegemata jäänud õendusabi esinemine kirurgilise protseduuri järel võib suurendada ka suremuse riski (Makary ja Daniel 2016). Seetõttu on äärmiselt oluline õendustegevuste täielik sooritamine ja tegemata jäänud õendustegevuste esinemise hindamine.

2.2 Tegemata jäänud õendustegevuste uurimine ja nende esinemine

Tegemata jäänud õendustegevuste hindamiseks on loodud mitmeid projekte, mille käigus on välja töötatud küsimustikke. Näiteks RN4CAST (*Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing*), MISSCARE (*The Missed Nursing Care Survey*) ja BERNCA (*Basel Extent of Rationing of Nursing Care*) küsimustikud. Antud küsimustikud on sarnased mõõteskaala poolest, kuid on mingil määral erinevad küsimuste temaatika poolest ning ka õendustegevusi on gruppidesse liigitatud erinevalt.

RN4CAST küsimustikus on esitatud väited 13 õendustegevuse kohta ning need ei ole vastavalt õendustegevuse liikidele grupeeritud. Küsimustikus pannakse rohkem rõhku õdede töökeskkonna hindamisele. Töökeskkonna kohta on esitatud 32 väidet, mis jagunevad viide dimensiooni: personali komplekteerimine ja ressurss, õendusjuhi oskused ja juhtimine, teiste õdede toetus, õe ning arsti vahelised kollegiaalsed suhted, õdede kaasatus haigla juhtimisse ning kuuluvus õendusega seotud organisatsioonidesse (Ausserhoffer jt 2015). MISSCARE küsimustik koosneb kahest osast, kus esimeses osas palutakse õdedel kirjeldada õendustegevuste tegemata

jäämist ning teises osas tegemata jäänud õendustegevuste põhjuseid. Kokku sisaldab see 42 väidet. Tegemata jäänud õendustegevused on jaotatud üheksasse kategooriasse: aktiveerimine, pööramine, hilinenud või tegemata jäänud toitmised, patsiendiõpetus, väljakirjutamise planeerimine, emotsionaalne toetamine, hügieen, sisse -ja väljakirjutamise dokumenteerimine ja patsiendi jälgimine. Tegemata jäänud õendustegevuste põhjuste väited on jaotatud kolme kategooriasse: suhtlemine, töövahendite ressursid ja tööjõu ressursid. (Kalisch jt 2009.) BERNCA küsimustikus on kokku esitatud 32 väidet, mis jagunevad viide dimensiooni/alajaotusesse: igapäevased hooldustoimingud, toetuse pakkumine, rehabilitatsioon ja juhendamine, jälgimine ja ohutus, dokumenteerimine. Küsimustik ei sisalda tegemata jäänud õendustegevuste põhjuste kohta käivaid küsimusi. (Schubert jt 2013.)

Uurimistöödest (Ausserhoffer jt 2014, Ball jt 2014, Zander jt 2014) selgub, et 75%-l õdedest Inglismaal, 93%-l õdedest Saksamaal ja keskmiselt 88%-l õdedest Euroopas jäi viimase vahetuse ajal teatud õendustegevusi tegemata. Uurimistööd kirjeldavad, et suurima sagedusega tegemata jäänud õendustegevusteks on patsiendiga suhtlemine ja õendusplaanide täitmine (Al-Kandari ja Thomas 2009, Ball jt 2016, Cho 2016, Winsett jt 2016) ning samuti patsiendi emotsionaalne toetamine (Jones jt 2015). Uuritavate osakaalud õendustegevuste liikide lõikes on erinevates uurimistöödes mõnevõrra erinevad. Näiteks Ausserhofer jt (2016) uurimistööst selgub, et patsiendi nõustamine ja lohutamine jääb tegemata 53%-l õdedest. Bekker jt (2015) tulemused aga kirjeldavad, et see jääb sooritamata 62,2%-l õdedest. Kui Ausserhoffer jt (2016) kirjeldavad, et õendusplaanide koostamine ja hindamine jääb tegemata 42%-l õdedest, siis Bekker jt (2015) uurimistöö andmetel jääb see tegemata 51,6%-l õdedest. Ressursi puuduses hakatakse rohkem rõhku panema just protseduuridele ning käelistele tegevustele (Jones jt 2015). Kõige vähem on kirjeldatud tegemata jäänud õendustegevusi valutustamise (6%) ja protseduuride tegemise (6%) puhul (Ball jt 2016).

2.3 Õendustegevuste tegemata jäämise põhjused varasematele uurimistulemustele tuginedes

Tegemata jäänud õendustegevusi seostatakse enamasti töökorralduslike faktoritega (Chenjuan jt 2015, Duffy jt 2018). Kirjeldatakse, et sageli on tegemata jäänud õendustegevused tingitud suurenenud nõudmistest ja ebaadekvaatsetest ressurssidest (Cho jt 2016). Uurimistööd kirjeldavad tegemata jäänud õendustegevuste põhjuseid erinevate kategooriatena ning kirjeldavad põhjuseid erinevate mõistetega, kuid sisu on sarnane. Kõige sagedamini kohtab

põhjuste jaotust kolmes põhikategoorias: personali ressurss, töövahendite ressurss, suhtlemisprobleemid.

Üheks peamiseks tegemata jäänud õendustegevuste põhjuseks on mittevastav personali ressurss (Kalisch jt 2011b, Jones jt 2015, Ball jt 2016, Winsett jt 2016, Kim jt 2018). Seda mõjutavad personali komplekteerimine, õdede haridus, tööülesannete delegeerimise võimalus, personalivoolavus, meeskonnatöö efektiivsus (Kalisch jt 2009). Personali ressurss on väga oluline juhtudel, kui esineb patsientide haiglasse sisse- ja väljakirjutamine suurel määral või toimub patsiendi seisundi järsk halvenemine (Kalisch jt 2011a, Winsett jt 2016). Vähesest personali ressursist on tingitud töökoormuse suurenemine ning ajanappus, mille tõttu õed hakkavad õendustegevusi prioritseerima (Duffy jt 2018). Õendustegevused, mis esimesel hindamisel võivad õe arvates olla vähem olulised, võivad aga osutuda riskiks patsiendiohutusele. (Lucero jt 2010.)

Personali ressursi puudus on enamasti tingitud organisatsioonist ning juhtimisest (Kim jt 2018). Seetõttu mõjutab tegemata jäänud õendustegevusi kaudselt ka õendusjuht. Tegemata jäänud õendustegevuste normiks muutumise vältimiseks saavad õendusjuhid rakendada mitmeid meetmeid. Nendeks tegevusteks on näiteks kindlate vastutusalade ja tööülesannete kehtestamine, selgete suuliste juhendite ja ka kirjalike tööjuhendite esitamine, järjepidev järelvalve, meeskonnatöö propageerimine, töötajate tunnustamine ning positiivse mikrokliima loomine. (Duffy jt 2018.)

Tegemata jäänud õendustegevuste põhjuseks võib olla töövahendite ressursi puudus. Töövahendite ressursiks loetakse nii aparatuuri, kui ka teisi vahendeid, millega õed töötavad. Näiteks võib õde avastada aparatuuri rikke, mille tõttu ei ole võimalik õendustegevust sooritada või ei ole vajalikku aparati osakonnas üldse olemas. (Winsett jt 2016.) Tegemata jäänud õendustegevusi võib esineda ka seetõttu, kui on häiritud ravimite või muude töövahendite kättesaadavus (Kalisch jt 2011b, Jones jt 2015), näiteks on osakonna laos teatud ravimlahus otsa saanud. Jones jt (2015) lisavad, et ravimite kättesaadavus põhjustab rohkem tegemata jäänud õendustegevusi kui aparatuuri rike. Eelpool kirjeldatust selgub, kui oluline on, et osakonnas on olemas vajalikud töövahendid ja aparatuuri hooldus on teostatud järjepidevalt.

Tegemata jäänud õendustegevusi põhjustavad ka suhtlemisprobleemid ja seda nii patsiendi, kui ka kolleegidega (Kalisch jt 2009). Oluline on kogu personali meeskonnatöö ning selle arendamine parandab teadmisi ning aitab vältida tegemata jäänud õendustegevusi (Winsett jt

2016). Kõige rohkem mõjutab tegemata jäänud õendustegevusi just infovahetus patsiendi seisundi ja selle muutuste teemal. Puudulikku suhtlemist põhjustavad näiteks pinnapealne vahetuste üleandmine, ebaõnnestunud delegeerimine ning halb meeskonnatöö. Gravlin ja Phoenix Bittneri (2010) uurimistöös arvasid õed, et 69%-l juhtudest, olid tegemata jäänud õendustegevuse põhjuseks hooldajapoolne teavitamata jätmine ebaõnnestunud tegevusest. Kalisch ja Williams (2009) lisavad, et suhtlemisprobleemid võivad tekkida olukorras, kus meeskonnas ei toetata üksteist ning esinevad pinged ja lahendamata konfliktid. Samuti mängib rolli see, kuidas toimub suhtlus ka teiste osakondadega. Näiteks võib tekkida olukordi, kus eelmine osakond, kus patsient viibis, jätab patsiendi üleandmisel mingi osa infost edastamata.

Suhtluse parandamiseks saavad õendusjuhid organiseerida õdedele ja teistele töötajatele suhtlemise ning delegeerimise koolitusi (Gravlin & Phoenix Bittner 2010). Samuti on oluline panna rõhku meeskonnatöö arendamisele. Vahetuste üleandmised ning hommikused koosolekud ja ringkäigud peavad olema struktureeritud ning informatiivsed. Propageerida tuleb avatud ja täpset suhtlust. (Polis jt 2017.)

2.4 Õdede töökorraldus kui õendustegevuste tegemata jäämise võimalik põhjus

Töökorraldus (*work organization, organization of work*) on defineeritud kui viis, kuidas töö on struktureeritud, jaotatud, töödeldud ja juhitud (Carayon ja Smith 2000). Töökorraldus on töökeskkonna tunnus, mille eesmärgiks on organisatsiooni eesmärkide saavutamine toetudes töötajate individuaalsete pädevuste saavutamisele ning kollektiivsetele juhtimissüsteemidele (Lake 2002, Tummers jt 2002). Käesolevas uurimistöös käsitletakse töökorraldust töökoormuse (*work-load*), personali koosseisu komplekteerimise (*staffing*), tööjaotuse (*labour of division/work allocation*) ja tööajajaotuse (*working time use*) aspektidest. Optimaalse töökorralduse puhul osutavad õed patsiendile ohutut ning kvaliteetset teenust (Sochalski 2001).

Töökoormust käsitletakse töökorralduse ühe aspektina. Töökoormust defineeritakse kui kogu töö hulka, mida peab teostama üksikisik, osakond või muu töörühm teatud aja jooksul. Töökoormus ei ole ainult teostatava töö hulk, vaid seda mõjutab ka töökeskkond (Myny jt 2011.) Töökoormuse nähtust käsitledes, räägivad autorid töökoormuse eritasanditest. Castner jt (2015) sõnul saab töökoormust jagada kahte kontseptsiooni. Esiteks, olukorra tasandi töökoormus, mis käsitleb spetsiifilisi tegevuse sooritamist segavaid faktoreid. Näiteks suurendab õe töökoormust patsiendiõpetus, kui puuduvad vajalikud õppematerjalid. Teiseks, patsiendi tasandi töökoormus, mis on seondub patsiendi üldise seisundi raskusastme ja toimetulekuga.

Holden jt (2011) kirjutavad aga töökoormuse kolmest tasandist – osakonna tasand, töö tasand ja ülesande tasand. Osakonna tasandi töökoormuse puhul kirjeldatakse õde-patsient suhtarve ning õdede haridustaset. Töö tasandi töökoormus tähendab õe poolt tajutava töö hulka ühes päevas. Ülesande tasandi töökoormuse mõiste all kirjutatakse õe ressurssidest sooritada õendustegevusi.

Töökoormuse mõõtmise meetodeid on erinevaid. Trolla (2011) kirjeldab, et õdede töökoormuse mõõtmise meetodid saab oma lähenemisviisilt jagada üldjoontes kahte gruppi: õdede tegevuste mõõtmisel baseeruvad ja patsientide tervises seisundi raskusastme järgi klassifitseerimisel baseeruvad meetodid. Kasutatakse ka kombineeritud varianti. Üks kõige levinum meetod on kasutada õde-patsient suhtarve. Näiteks on Ausserhofer jt (2014) andmetel Euroopas keskmiselt ühe õe kohta 8,4 patsienti. Ball jt (2017) kirjeldavad, et Inglismaal on päevase vahetuse ajal ühe õe kohta keskmiselt 5,9 patsienti, Rootsis aga 7,9 patsienti. Cho jt (2016) andmetel on kõige rohkem patsiente õe kohta Lõuna-Koreas, kus kirurgiaosakonnas oli keskmiselt 18,2 patsienti õe kohta (Cho jt 2016). Tihti on öiste vahetuste ajal õe kohta rohkem patsiente. Kui Rootsis on päevase vahetuse ajal ühe õe kohta keskmiselt 7,9 patsienti, siis öise vahetuse ajal 11,4 patsienti (Ball jt 2016).

Ka patsiendi seisundi intensiivsuse mõõtmiseks on mitmeid metoodikaid. Enamik neist käsitlevad patsiendi seisundi raskust ning sõltuvust igapäevatoimingute teostamiseks vajalikust abist. (Morris jt 2007.) Sellisteks, õdede töökoormust läbi patsientide toimetuleku mõõtmise meetoditeks on näiteks RAFAELA, Zebra, Beakta, Perroca, AUKUH (Association of UK University Hospitals) (Trolla 2011). Objektiivne töökoormuse mõõtmine peaks endas hõlmama kõiki eelpool mainitud töökoormuse tasandeid (Holden jt 2011).

Õdede töökorraldusest rääkides, käsitletakse tihti **personali koosseisu komplekteerimist**. See mõiste kirjeldab personali võimet tulla toime töökoormusega (Castner jt 2015). Personali koosseisu komplekteerimise mõiste all käsitletakse tavaliselt õde-patsient suhtarve ning õdede vastavat arvu vahetuses. Personali komplekteeritakse organisatsioonides erinevalt vastavalt personalipoliitikale ning kehtivatele kordadele. Personali koosseisu komplekteerimisel peavad juhid arvestama organisatsiooni eelarve ja personali ressursiga, kui ka olukorraga tööjõuturul. (Clarke ja Donaldson 2008.) Juhid peavad otsustama, kuidas komplekteerida personali koosseis nii, et neil oleks võimekus toime tulla ka ootamatute ning keeruliste olukordadega ja suurenenud töökoormusega (Aiken jt 2008).

Personali koosseisu komplekteerimise mõiste käsitlemisel räägitakse ka personali oskustest ja pädevusest (Castner jt 2015). Eduka personali koosseisu komplekteerimise puhul on töö määratud vastava ettevalmistusega ja vajalikul hulgal töötajatele, kuid õdede hariduses ja oskustes esinevad suured erinevused. Leidub õdesid, kelle teadmised ja oskused ei ole kasutuses ning tihti aitavad nad osutada hooldus- või tugiteenust. Efektiivne töökorraldus aitaks parandada töötajate oskuseid, osavust ning produktiivsust. Õendusjuhid peavad osakonna tööd korraldama nii, et personali koosseis oleks komplekteeritud edukalt. See tähendab seda, et süvendatud teadmiste ja oskustega töötajaid tegelevad kõrgemat kvalifikatsiooni nõudvate ülesannetega. Lihtsamad ülesanded tuleb suunata madalama haridusega töötajatele. Osakonna vajadustele vastav personali komplekteerimine on positiivses seoses personali rahulolu kui ka patsiendi tervisetulemitega. (Aiken jt 2008.) Ausserhofer jt (2014) kirjeldavad, et keskmiselt on 54% Euroopa haiglaõdedest kõrgharidusega ning omavad keskmiselt 10,3 aastat tööstaaži oma praeguses üksuses.

Willis jt (2018) kirjeldavad lisaks, et õdede töögraafikute koostamisel tuleb arvestada sellega, et tööaeg ei oleks liiga kurnav. Kui vahetused olid määratud viiele järjestikusele päevale, kurtsid õed, et nad ei suuda vahetuste möödudes tagada ohutut õendusabi. Samuti esines tihti olukordi, kus vahetuse ajal oli tööliiga vähe õdesid, mis muutis koormuse suureks ning tekitas probleemi, et ei leidunud pädevat personali, kellega probleemide ilmnemisel konsulteerida. Griffithi jt (2014) uurimistööst selgub, et maailmas rakendatakse laialt 12-tunniseid vahetusi eesmärgiga vähendada vahetuste üleandmise arvu. Uurimistöös täpsustatakse aga, et õdedel, kes töötasid rohkem kui 8 tundi või tegid palju ületunnitööd, esines rohkem tegemata jäänud õendustegevusi ning nad ise hindasid osutatud õendusabi kvaliteeti halvaks.

Tegemata jäänud õendustegevuste ning õe vanuse ja pädevuse seoseid kirjeldavates uurimistöödes on vastandlikke tulemusi. Al-Kandari ja Thomas (2009) sõnul jääb kõige rohkem õendustegevusi tegemata just öiste vahetuste ajal ning nooremate õdede poolt. Kalisch jt (2011b) uurimusest selgub aga vastupidine – öiste vahetuste ajal leiab aset vähem tegemata jäänud õendustegevusi ning vähem jääb õendustegevusi tegemata noorematel õdedel. Ausserhofer jt (2014) uurimusest selgub, et vähem õendustegevusi jääb tegemata kõrgema haridusega õdedel. Kuidas õe vanus ning pädevus täpsemalt mõjutavad tegemata jäänud õendustegevusi, on ilmselt keeruline välja selgitada, kuna nähtuse uurimiseks kasutatakse enamasti erinevaid enesehindamisküsimustikke, mille tulemusi on keeruline kõrvutada ning võrrelda.

Uurimistöödest (Chan jt 2013, Antinaho jt 2015, Jones jt 2015, Lavander jt 2016) selgus, et õenduses käsitletakse töökorraldusest rääkides ka mõisteid **tööjaotus** ning **tööajajaotus**. Õdede tööjaotust kirjeldatakse kui sotsiaalse interaktsiooni protsessi, kus teatud kutseala liikmed püüavad järjekindlalt defineerida, rakendada ja säilitada sooritatavaid ülesandeid (Rheume jt 2015). Tööjaotus on viis, kuidas töötajatele on jaotunud tööülesanded. Tervishoiusteenuste kvaliteedi paradigma mõistes on õdede tööajajaotus ning tööjaotus sünonüümid, kuna õed jaotavad tööaja vastavalt oma tööülesannete täitmisele ning õendusabi osutamise vajadusele, saavutamaks võimalikud positiivsed patsiendi tervisetulemid. Tööjaotus ja tööajajaotus on töökorralduse üheks osaks, kitsam nähtus „töökorralduse“ mõiste sees. Tihti peetakse neid ekslikult aga töökorralduse piiripealseteks ja lähedasteks mõisteteks, vahel aga lausa sünonüümiks (Jones jt 2015.) Uurimistöödest (Van den Heede jt 2009, Cho jt 2016, Lavander jt 2016) selgub, et õdede tööjaotus erinevates riikides ja ka haiglates on väga varieeruv.

Kirjeldades õdede tööjaotust, kategoriseeritakse õendustegevusi erinevalt. Westbrook jt (2011) uurimistöös kirjeldatakse õdede töö jaotumist üheksasse kategooriasse: otsene hooldus, kaudne hooldus, ravimitega seotud ülesanded, dokumentatsioon, professionaalne suhtlemine, osakonnaga seotud tegevused, supervisioon, sotsiaalsed tegevused, muud tegevused. Uurimistööst selgub, et hinnanguliselt kulub õdedel otsese õendusabi jaoks aega 25%, kaudse õendusabi jaoks 16%, ravimitega seotud tegevustele 21%, tööalasele suhtlemisele 19%, sotsiaalsetele tegevusele 10%, dokumentatsiooni täitmisele 7% ja organisatsiooni puudutavale tööle 4% tööajast. Antinaho jt (2015) aga kirjeldavad, et õdedel kulub otsese õendusabi jaoks hoopis 37% tööajast.

Töötajate tööülesanded peavad olema selged (Lavander jt 2016). Paraku ei ole õdede tööülesanded alati selgelt piiritletud ning õdesid on peetud tervishoius kui vahelüliks. Kuna õed teevad kõikvõimaliku, et läbi meeskonnatöö tagada patsientidele parim hooldus, töötavad nad paindlikult ning juriidiliste piiride hägususe tõttu täidavad nad sageli ka teiste töötajate või teenusepakkujate tööülesandeid ehk mitte õdede töökohustuste hulka kuuluvaid tegevusi (*non-nursing task*) (Rheume jt 2015.) Varasematele uurimistöödele toetudes, arvatakse õdede töökohustuste hulka mittekuuluvateks tegevusteks tervishoiuteenuse koordineerimine, teiste tervishoiutöötajate tööülesannete täitmine ja järelvalve teostamine ning osakonnatöö juhtimine (Al-Kandari ja Thomas 2009, Duffy jt 2018). Sellisteks tööülesanneteks on näiteks telefonile vastamine, patsientide väljakirjutamine haiglast, transpordi organiseerimine ja töövahendite hankimine (Bekker jt 2015, Lavander jt 2016). 25% õdedest Rootsis kirjeldas, et nad tegelevad

õdede töökohustuste hulka mittekuuluvate tegevustega. Inglismaal kirjeldas koguni 49% õdedest, et nad pidid sooritama õdede töökohustuste hulka mittekuuluvaid tegevusi. (Ball jt 2016.)

Uurimistöödest selgub, et õed tegelevad 5,8% ajast mitme tegevusega korraga (*multi-tasking*). Õendustegevuste sooritamisel esines tihti segavaid faktoreid ja katkestusi, mida põhjustasid patsientide ja kolleegide küsimused ning telefonikõned (Myny jt 2011, Westbrook jt 2011). Katkestused häirivad õdede kognitiivset ja vaimset võimekust, see aga põhjustab emotsionaalset survet ja vigu. Suur osa õe tööst põhineb ka tema teoreetilistel teadmistel ja vaimsel töö. Siia alla kuulub näiteks hindamine, analüüs, teabe sünteesimine ning koordineerimine. Katkestuste puhul saavad need protsessid aga häiritud ning õdede töökoormus suureneb. (Cornell jt 2010.) Hall jt (2010) kirjeldavad, et 89% vaadeldud katkestustest olid patsiendile potentsiaalselt ohtlikud.

Mittevastava töökorralduse puhul jääb õdedel puudu ajast, et sooritada õendustegevusi täielikul määral. See paneb õed valiku ette, milliseid õendustegevusi sooritada ja milliseid mitte ning milliseid õendustegevusi saaks jätta poolikuks või sooritada hiljem. Õed, kes töötavad pideva ajalise surve all ning segavate faktoritega, püüavad aega võita õendustegevuste arvelt. Samuti hakatakse pidama teiste töötajate töökohustusi enda kohustusteks või vastupidi. See aga takistab kõrge kvaliteediga tervishoiuteenuse osutamist. (Al-Kandari ja Thomas 2009). Uurimistöödest saab järeldada, et tegemata jäänud õendustegevused on enamasti tingitud töökorralduslikest aspektidest – personali ressurssidest, töövahendite kättesaadavusest ning suhtlemisprobleemidest (Kalisch jt 2011b, Jones jt 2015, Ball jt 2016, Winsett jt 2016). Seejuures on varasemad uurijad väitnud, et strateegiad meeskonnatöö ja suhtluse parandamiseks, ülemäärase töökoormuse vähendamiseks, personalijuhtimise parandamiseks ja patsientide voolavuse kontrollimiseks, aitavad vähendada tegemata jäänud õendustegevuste arvu (Kalisch jt 2011b.)

Eestis puudub tõenduspõhine teave selle kohta, kas ja millisel määral esineb tegemata jäänud õendustegevusi. Selleks, et õendusabi kvaliteeti parandada, on vajalik praktikas toimuv reaalne olukord kaardistada. Teadmised tegemata jäänud õendustegevuste esinemisest ning õdede töökorraldusest Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades võimaldaksid teha asjakohaseid järeldusi selles konkreetses valdkonnas. Kogutud info võimaldaks organisatsioonide õendusjuhtidel analüüsida kirjeldatud olukorda, hinnata töökorralduse muutmise vajadust ning planeerida tegevusi, mis aitaksid vältida õendustegevuste tegemata jätmist.

3. METOODIKA

3.1 Magistritöö metodoloogilised lähtekohad

Käesolevas uurimistöös lähtutakse enim positivistlikust vaatest, kus vaadeldakse sellist tegelikkust, milles valitsevad kord ja seosed. Uurija peab toetuma muutujatele, mida on võimalik mõõta ja arvutada. Teaduslikku informatsiooni saab koguda vaatluse, mõõtmise ja kvantifitseerimise teel. (Clark 1998, Allmark 2003).

Olemuselt on uurimistöö empiiriline, kvantitatiivne ning kirjeldav. Kvantitatiivne uurimismeetod on formaalne, objektiivne ja süstemaatiline protsess, mille käigus kasutatakse maailma kohta teabe kogumiseks numbrilisi andmeid või andmeid, mida saab arvuliseks muuta. Seda uurimismeetodit kasutatakse muutujate kirjeldamiseks, seoste uurimiseks muutujate vahel, muutujate põhjuste ja tagajärgede seoste määramiseks. (Burns ja Grove 2005.) Käesolevas uurimistöös oli autori arvates parimaks andmete kogumise viisiks küsimustik, kuna see võimaldas koguda infot nähtuse kohta mõõdetavas vormis ning nii oli võimalik täita uurimistöö eesmärged. Uurija soovis saada infot võimalikult paljudelt kirurgiaosakonnas töötavalt õdedelt, et selle alusel järeldusi teha. Objektiivselt mõõtvat mõõdikut ning esindusliku valimi korral võimaldab kvantitatiivne uurimismeetod tulemuste põhjal populatsiooni kohta üldistusi teha (Burns ja Grove 2005). Küsimustikega kogutud andmed annavad sageli sisendi muutuste juhtimiseks õenduses ning ka varasemalt on tegemata jäänud õendustegevuste uurimiseks kasutatud just küsimustikke. Läbilõikeuurimuses kirjeldatakse üldkogumit kindlaksmääratud ajahetkel. Antud töös keskenduti olukorra ja võimalike seoste kirjeldamisele küsimustikuga kogutud andmestikule toetudes.

Selleks, et selgitada välja õendustegevuste tegemata jäämise põhjusi ja õdede töökohustuste hulka mittekuuluvate tegevuste sooritamist, lisati küsimustikku avatud lõpuga küsimused. Avatud lõpuga küsimuste vastused on küll subjektiivsemad, kuid ka subjektiivne komponent oli uurija arvates nähtuse kirjeldamiseks oluline. Kuna Eestis tegemata jäänud õendustegevusi ja nende põhjusi uuritud ei ole, otsustas uurija nähtust ja selle põhjusi kirjeldada ning võimalikke seoseid selgitada varasemalt kasutatud usaldusväärse küsimustiku ja uurija poolt koostatud lisaküsimustega kogutud andmestikule toetudes.

3.2 Uuritavad

Uuritavateks olid kahe Eesti regionaalhaigla, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum ning kolme keskhaigla, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla ja SA Ida-Viru Keskhaigla täiskasvanute raviga tegelevates statsionaarse kirurgia osakondades/üksustes (vt lisa 1) töötavad õed ja abiõed. Esialgset infot uurimisplaani kavandamiseks ja huvipakkuva populatsiooni suuruse väljaselgitamiseks saadi haiglate õendusjuhtide või personaliosakondade töötajatelt e-kirja teel. Saadud andmetele vastavalt oli eeldatavate uuritavate arv mai 2018 seisuga 570 õde ja abiõde. Antud huvipakkuvast populatsioonist moodustus kõikne valim (N=570). Uuritavad arvati valimisse järgmiste kriteeriumite alusel:

- 1) uuritav töötab õena/abiõena Eesti regionaal- või keskhaigla täiskasvanud patsiente raviva statsionaarse kirurgia osakonnas;
- 2) uuritav on aktiivses töösuhtes ehk ei viibi lapsehoolduspuhkusel.

Uurimistöö läbiviimiseks taotleti luba uurimiskeskcondadelt ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, protokolli number 282/T-3 (lisa 2). Uurimistöö autor valis uurimistöö teostamiseks kirurgiaosakonnad, kuna kirurgia valdkond on oma perioperatiivse perioodiga eriti tundlik mistahes õendustegevuste tegemata jätmise suhtes (Yngman-Uhlin jt 2016). Üld- ning kohalikud haiglad jäeti uurimistööst välja, kuna voodikohtade arv nendes haiglates on väike ning ka õdede arv on väiksem kui regionaal- ja keskhaiglates. Samuti tehakse regionaal- ja keskhaiglates keerulisi ja mahukaid kirurgilisi manipulatsioone, mis kõik eeldavad rohket ja regulaarset õendustegevust. Üldhaiglates ja kohalikes haiglates on kirurgia mahud märkimisväärselt väiksemad (Eesti Haigekassa majandusaasta... 2017). Pärnu Haigla loobus antud uurimistöös osalemisest seoses teistes uurimistöödes osalemisega. Lastega tegelevad osakonnad jäeti välja, kuna kasutatavat küsimustikku ei ole eelnevalt kasutatud laste kirurgilisele ravile spetsialiseerunud osakondades ning ei sobi lasteõenduse konteksti. Samuti erineb lastele osutatav õendusabi teatud aspektides täiskasvanutele osutatavast teenusest. Näiteks tuleb nendes osakondades lisaks lastele tegeleda ka lapsevanematega ning õdede ja hooldajate tööjaotus võib erineda täiskasvanute raviga tegelevate osakondade tööjaotusest.

Uuritavate värbamiseks kasutati haiglate ja struktuuriüksuste õendusjuhtide ja personalispetsialistide abi, selgitamaks välja uurimistöö kriteeriumitega sobivad õed ja abiõed. Personalispetsialistidelt saadi kõigi uuritavate töö e-posti aadressid. Uurimistöös osalevate haiglate struktuuriüksustes viidi läbi õendusjuhtidega eelnevalt kokku lepitud ajal infotunnid.

Infotundide käigus selgitati uurimistöö olulisust, eesmärgi ja uurimistöö läbiviimise korraldust. Uurimisperioodi jooksul saadeti uuritavatele kaks korda ühekuuliste vahedega meeldetuletuse teade e-postile ning personali teadetetahvlile jäeti üleskutse uurimises osaleda.

3.3 Andmete kogumine

Andmed koguti eelnevalt valideeritud küsimustiku BERNCA-R (Basel Extent of Rationing of Nursing Care revised) ja taustaandmete küsimuste abil. Taustaandmete küsimusi oli 13 ning need käsitlesid haridustaset, tööstaaži praeguses üksuses, tööstaaži tervishoius kokku, töökoormust antud üksuses, töökoormust teises üksuses/asutuses, osakonna profiili, voodikohtade arvu osakonnas, patsientide arvu viimase vahetuse ajal, õdede arvu osakonnas kokku, õdede ja hooldajate arvu viimase vahetuse ajal ning vahetuse tüüpi. Taustaandmete küsimuste hulgas oli kaks avatud lõpuga küsimust, millest ühes küsiti, mis põhjusel jäi viimase vahetuse ajal midagi tegemata ning teises küsiti, missuguseid õe tööülesannete hulka mittekuuluvaid tegevusi tuli uuritaval oma viimase vahetuse ajal täita. Taustaandmete küsimused koostati tuginedes varasemalt läbiviidud uurimistööde taustaandmete küsimustele uuritavate taustaandmete ja osakonna töökorralduse andmete saamiseks.

BERNCA on küsimustik, mis originaalis loodi aastal 2007. Esialgne küsimustik sisaldas 20 väidet, mida uuritavad said hinnata 4-astmelisel ordinaalskaalal. Autorid Schubert jt (2013) arendasid küsimustikku 2012.aastal edasi. BERNCA-R küsimustikku on eelnevalt mitmetes uurimistöödes kasutatud (Schubert 2009, Schubert jt 2013, Ball jt 2016, Cho jt 2016) ja see sobib tegemata jäänud õendustegevuste uurimiseks. Kokku on küsimustikus nüüdseks 32 väidet, millele vastamiseks tuleb uuritaval valida sobivaim vastusevariant Likert- tüüpi viieastmelisel skaalal: 1 - "tegevus polnud vajalik", 2 - "mitte kunagi", 3 - "harva", 4 - „mõnikord“, 5 - „tihti“. Küsimustiku väited jagunevad viide dimensiooni/alajaotusesse: igapäevased hooldustoimingud (9 väidet), toetuse pakkumine (2 väidet), rehabilitatsioon ja juhendamine (6 väidet), jälgimine ja ohutus (11 väidet), dokumenteerimine (4 väidet).

Tegemata jäänud õendustegevuste uurimiseks on loodud ka teisi küsimustikke. Nii kaaluti käesoleva uurimistöö läbiviimiseks ka näiteks MISSCARE küsimustiku kasutamist, kuid antud küsimustik oleks siiski olnud uurija arvates uuritavatele täitmiseks ajamahukam – küsimustikule vastatakse kahel skaalal, kokku 42 küsimust. Uurija arvates ei olnud eetilise uuritavaid mahukama küsimustikuga koormata. Seda eriti juhul, kui pole selge, kas see uuritava nähtuse uurimiseks paremini sobiski. Nimelt sisaldas MISSCARE küsimustik BERNCA-ga võrreldes

veel rohkem väiteid tegevuste kohta, mis Eesti kontekstis kuuluvad pigem hooldajate tööülesannete hulka.

Esmalt analüüsiti originaalküsimustikku ning seejärel kontakteeruti kasutus- ja tõlkimisloa taotlemiseks originaalküsimustiku autoriga. Pärast kasutus- ja tõlkimisloa (vt lisa 3) saamist tõlgiti küsimustik eesti (vt lisa 4) ja vene keelde (vt lisa 5). Tagamaks tõlke vastavust originaalile, küsiti tagasisidet tõlke kohta ekspertidelt, kelleks olid juhendaja ning tõlkebüroo tõlkija, viimane väljastas ka tõlkeõigsuse kinnituse.

Andmed koguti kahes etapis: 1.06.-15.07.2018 ja 1.08.-31.10.2018. Andmete kogumise esimene etapp ehk prooviuurimus oli vajalik, kuna varasemalt ei ole BERNCA-R küsimustikku Eestis kasutatud ning prooviuurimuse eesmärk oli välja selgitada, kas on vajalik teha küsimustikus kohandusi vastavalt Eesti tervishoiuteenuste osutamise kontekstile. Prooviuurimus viidi läbi ühes regionaalhaigla ning ühes keskaigla statsionaarses osakonnas. Uuritavate anonüümsuse tagamiseks vormistati küsimustik e-keskkonnas Google Forms, mis tähendab, et küsimustiku täitjat ei olnud võimalik tagantjärele tuvastada. Uuritavate e-posti aadressidele edastati elektroonse küsimustiku internetiaadress ehk veebilink. Uuritavatele selgitati uuringu eesmarke, sisu ning uurimistöös osalemise vabatahtlikkuse printsiipi küsimustiku ees paiknevas kaaskirjas. Küsimustikule olid lisatud ka prooviuurimuse lisaküsimused (vt lisa 6), kus uuritavatelt paluti tagasisidet küsimustiku väidete sõnastuse arusaadavuse ning küsimustiku täitmiseks kulunud aja kohta. Prooviuurimuse käigus täitsid küsimustiku 10 uuritavat ning aega kulus neil selleks keskmiselt 10 minutit. Tagasisidest selgus, et küsimustik oli sobiv ja ei sisaldanud uuritavate hinnangul üleliigseid, sobimatuid või raskesti mõistetavaid väiteid. Küsimustikus sisulisi muudatusi või täiendusi ei tehtud. Taustaandmete viiendale väitele „Teil on teises asutuses/üksuses lisakoormus“ lisati vastusevariant „Teises asutuses/üksuses ei tööta“. Vastusevariant lisati nii eesti- kui ka venekeelsesse küsimustikku. Prooviuurimuse käigus saadud andmed lisati uurimistöö andmestikku.

Põhiuurimus ehk uurimistöö andmete kogumise teine etapp viidi läbi ajavahemikus 1. august kuni 31.oktoober 2018 eespool nimetatud uurimiskeskcondades (vt lisa 1). Uuritavate e-posti aadressidele saadeti elektroonse küsimustiku link. Põhiuurimuse käigus järgiti eelpool kirjeldatud uurimistöö anonüümsuse ja eetilise printsiipi.

3.4 Andmete analüüs

Lõplik vastamismäär oli 30% (n=169). Andmete analüüsiks sisestati 169 küsimustiku andmed tabelarvutusprogrammi Microsoft Excel 2016, kus teostati andmete töötlemine ning osaline analüüs, kasutades kirjeldavat statistikat. Kirjeldava statistikaga leiti nominaaltunnuste puhul sagedused ning pidevate tunnuste korral miinimum, maksimum, aritmeetiline keskmine ja standardhälve (SD). Ordinaalsete muutujate näitlikustamiseks kasutati sagedustabeleid. Gruppide võrdlemiseks kasutati statistikaprogrammi STATA 14. Tabelite ja jooniste koostamiseks kasutati tekstitöötlusprogrammi Microsoft Word 2016.

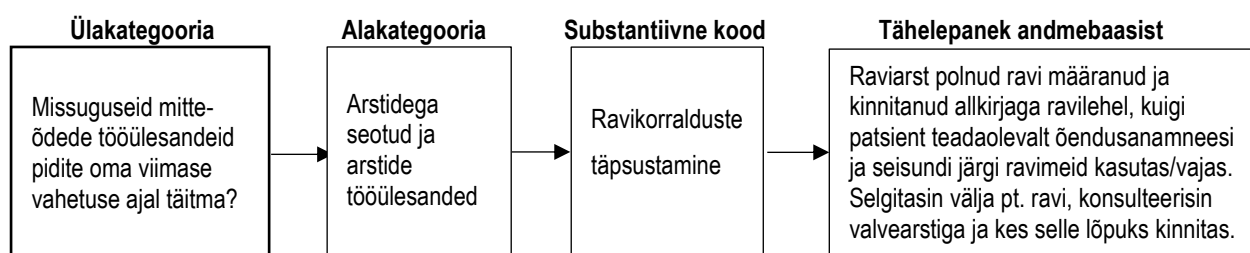
Taustamuutujate ja uuritavate muutujate jaotuse uurimiseks kasutati Pearsoni hii-ruut ja vajadusel Fischeri täpset testi. Pearsoni hii-ruut testi ja Fischeri täpset testi kasutati seetõttu, et nad võimaldavad teha järeldusi, kas kahe võrreldava grupi suhtelised sagedused on statistiliselt olulised või mitte (Roomets 2003). Gruppide puhul, kus üle viiendikul sagedustabeli lahtritest jäi vastanute arv alla viie, kasutati hii-ruut testi asemel Fisheri täpset testi. Gruppide vaheliste erinevuste olulisust näitab p-väärtus (p). Statistilise olulisuse nivooks määrati autori poolt $p < 0,05$ (95% tõenäosus).

Toetudes varasemates uurimistöödes kajastatud andmeanalüüsile ning selleks, et kasutada analüüsimiseks Pearsoni hii-ruut või Fischeri täpset testi, moodustati uuritavate taustamuutujate ja tegemata jäänud õendustegevuste võrdlemiseks grupid. Tööstaaži järgi jagati uuritavad nelja gruppi: töötanud 0,5 kuni 10 aastat, töötanud 11 kuni 20 aastat, töötanud 21 kuni 30 aastat, töötanud 31 aastat või rohkem. Voodikohtade arvu alusel moodustati grupid järgmiselt: 1 kuni 10 voodikohta, 11 kuni 20 voodikohta, 21 kuni 30 voodikohta, 31 kuni 40 voodikohta, 41 või rohkem voodikohta. Õde-patsient ja hooldaja-patsient suhtarvude arvutamiseks jagati patsientide arv viimase vahetuse ajal õe/abiõe või hooldaja arvuga viimase vahetuse ajal. Õde-patsient ja hooldaja-patsient suhtarvud saadi kirjeldava statistilise väärtuse ümardamisel täisarvuni. Seejärel moodustati grupid: 4 kuni 6 patsienti õe/abiõe või hooldaja kohta, 7 kuni 9 patsienti õe/abiõe või hooldaja kohta, 10 kuni 12 patsienti õe/abiõe või hooldaja kohta, 13 kuni 15 patsienti õe/abiõe või hooldaja kohta. Andmete visualiseerimiseks kasutati ka graafikuid.

Tegemata jäänud õendustegevuste puhul loodi uus tunnus, et võrrelda tegemata jäänud õendustegevusi erinevates, taustaandmete alusel moodustatud gruppides. Iga väite vastusevariandid koondati kahte gruppi. Vastusevariandid „tegevus polnud vajalik“, „mitte kunagi“ ja „harva“ koondati ühise nimetaja alla „õendustegevused tehtud“. Vastusevariandid

„mõnikord“ ja „tihti“ koondati ühise nimetaja alla „õendustegevused tegemata“. Seejärel loeti kokku kõigi tegevuste teostamine ühel uuritaval vastavalt küsimuste arvule, kus summa 32 väljendas olukorda, et uuritav oli teostanud kõik õendustegevused. Binaarse tunnuse loomiseks selgitati välja, kas antud uuritava puhul jäid õendustegevused tegemata olulisel määral. Kui vastajal oli vähem kui neljandik ehk vähem kui kaheksa tegevust tegemata, arvestati, et kõik õendustegevused olid tehtud. Vastajate puhul, kellel esines üle kaheksa tegemata jäänud õendustegevuse, loeti, et õendustegevused jäid tegemata.

Küsimustik sisaldas ka kahte avatud lõpuga küsimust, mille analüüsimiseks kasutati deduktiivset sisuanalüüsi. Deduktiivse sisuanalüüsi puhul liigutakse andmete analüüsimisel üldiselt üksikule ning toimub andmete kategoriseerimine vastavalt andmete sisule. Deduktiivse sisuanalüüsi puhul toetutakse varasemale teabele ja teooriale. (Elo ja Kyngäs 2008.) Antud meetod sobis analüüsiks, kuna andmed olid tekstilisel kujul ning see võimaldas vastuste sisu koondada ja kirjeldada. Küsimustikus esitatud avatud lõpuga küsimus oli ülakategooriaks. Uurija otsis vastustest ühtseid mõttetervikuid ning ühtset tähendust omavaid väljendeid ning lauseid ehk tähendust omavaid ühikuid. Selleks luges uurija vastuste teksti korduvalt ning sarnast tähendust omavad ühikud markeeriti tekstides samade värvidega. Moodustusi substantiivsed koodid, mis jaotati alakategooriatesse toetudes eelnevalt avaldatud teooriatele, jäädes siiski avatud ka teistele vastusevariantidele ja võimalikele kategooriatele. Näide substantiivse koodi kategoriseerimisest on kirjeldatud joonisel 1.



Joonis 1. Näidis substantiivse koodi kategoriseerimisest

3.5 Uurimistöö usaldusväärsus

Uurimistöö reliaablus tagati kogu huvipakkuva populatsiooni kaasamisega, usaldusväärse küsimustiku kasutamisega ning täpse ja põhjaliku andmete kogumise, andmebaasi moodustamise ja andmete analüüsi protsessi kirjeldamisega. BERNCA-R küsimustik on näidanud valideerimisel tugevat konstruktivaliidsust ja reliaablust, sisereliaabluse näitaja *Cronbach'i alfa* väärtuseks oli näiteks Schubert jt (2007) uurimistöös 0,93. Küsimustiku sisemise kooskõla

määramiseks arvutati ka käesoleva uurimistöö käigus küsimustiku erinevate osade ja kogu küsimustiku *Cronbachi alfa* väärtused (vt tabel 1), mis jäid vastavalt vahemikku 0,77-0,9 ja 0,90.

Tabel 1. Küsimustiku BERNCA-R osade Cronbachi alfa väärtused dimensioonide kaupa

Küsimustiku osa	Cronbachi alfa väärtus
Igapäevased hooldustoimingud (9 väidet)	0,77
Toetuse pakkumine (2 väidet)	0,89
Rehabilitatsioon ja juhendamine (6 väidet)	0,88
Jälgimine ja ohutus (11 väidet)	0,87
Dokumenteerimine (4 väidet)	0,90
Kokku	0,90

Küsimustiku tõlkimisel eesti ja vene keelde tagati tõlke ja originaali vastavus, mida kinnitab uurijale väljastatud tõlkebüroo kinnitus. Selleks, et viia risk keelebarjäärist tingitud ebatäpsuste vastuste osas miinimumini, tõlgiti küsimustikud ka vene keelde ning kõigi uuritavate puhul kasutati identseid küsimustikke. Enne põhiuurimust viidi läbi prooviuurimus, et veenduda väidete arusaadavuses uuritavatele ja vastavuses Eesti kontekstile.

Kõigil uurimistööga seotud asutustel ja uuritavatel olid olemas uurija kontaktandmed. Küsimuste täpsustamiseks oli uuritavatel võimalus uurimistöö teostajaga ühendust võtta kas e-posti või telefoni teel. Analüüsis kasutati kõiki (n=169) laekunud küsimustikke, ka neid, milles esines üksikuid puuduvaid vastuseid. Nimelt ei olnud viies küsimustikus vastatud avatud lõpuga küsimustele. Andmed sisestati andmebaasi tähelepanelikult ja korrektselt ning täpselt nii, nagu uuritavad olid küsimustikus vastanud. Andmebaas kontrolliti autori poolt korduvalt üle võimalike vigade suhtes. Kontrolliti, et andmed ei jäänud lahtritesse sisestamata ning et andmed said vastavalt algandmetele korrektselt kategoriseeritud. Andmete analüüsimiseks kasutati asjakohaseid meetodeid ning tulemused esitati korrektselt ja ausalt. Töös kasutati ainult tõenduspõhiseid materjale ning kõikidele autoritele viidati nõuetekohaselt.

4. TULEMUSED

4.1 Uuritavate taustaandmed ja osakondade töökorraldus

Uurimistöös osales 30% (n=169) uurimisperioodil Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades töötavatest õdedest ja abiõdedest (N=570). 75,7% (n=128) uuritavatest täitsid elektroonse küsimustiku eesti keeles, 24,3% (n=41) vene keeles. Uuritavate hulgas oli enim rakenduskõrgharidusega õdesid (75,8%), kellest suurem osa (58,6%) oli hariduse omandanud rakenduskõrgharidusliku õppe ning väiksem osa (17,2%) tasemeõppe (õe põhiõpe eelneva kutseharidusega õdedele) teel. Keskmine tööstaaž tervishoius oli 17,2 aastat (vahemikus 0,5 kuni 49 aastat, SD=11,0), praeguses üksuses 11,4 aastat (vahemikus 0,5 kuni 40 aastat, SD=9,1). Uuritavatest 94,0% töötas kirurgilises üksuses põhikoha koormusega 1,0. Umbes veerand uuritavatest (23,7%) töötas lisakoormusega teises asutuses/üksuses. Uuritavate taustaandmed on esitatud tabelis 2.

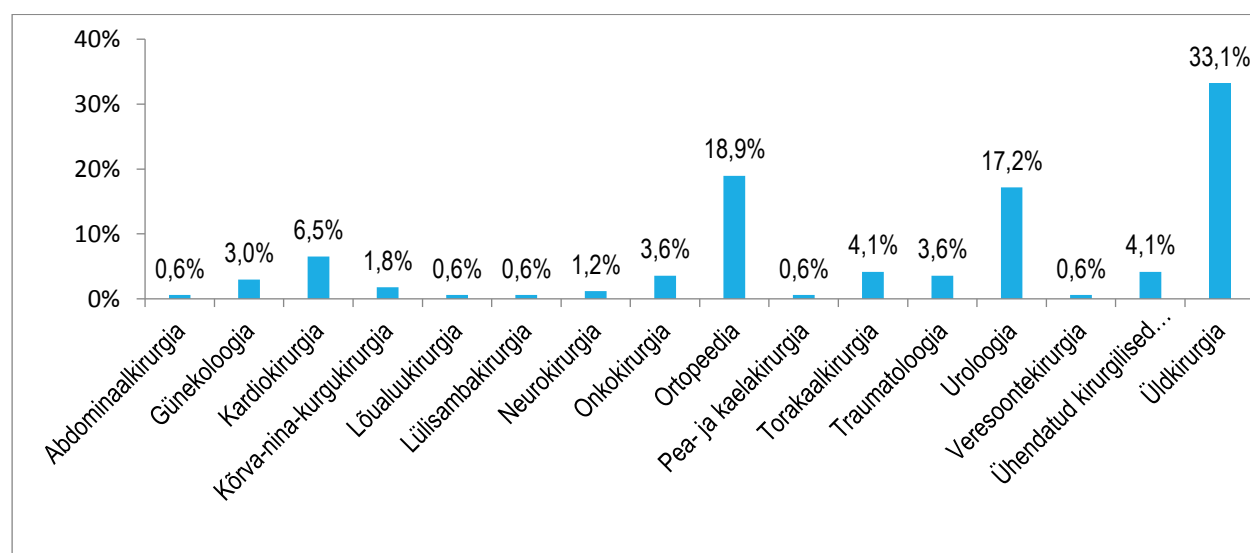
Tabel 2. Uuritavate taustaandmed

Uuritavate taustaandmed		n	%
Haridustase	Keskeriharidus/kutseharidus	20	11,8
	Tasemeõppe rakenduskõrgharidus	29	17,2
	Rakenduskõrgharidus	99	58,6
	Rakenduskõrgharidus + eriõe väljaõpe	17	10,0
	Magistriharidus	4	2,4
	Kokku	169	100,0
Töötatud aastad praeguses üksuses	< 5	44	26,0
	5-10	52	30,8
	11-20	49	29,0
	21-30	19	11,2
	31-40	5	3,0
	Kokku	169	100,0
Kogu tööstaaž tervishoius	< 5	19	11,2
	5-10	43	25,4
	11-20	49	29,0
	21-30	40	23,7
	31-40	15	8,9
	>40	3	1,8
	Kokku	169	100,0
Töökoormus kirurgilises üksuses	0,5 kohta	6	3,6
	1,0 kohta	159	94,0
	>1,0 kohta	4	2,4
	Kokku	169	100,0
Lisatöökoormus teises asutuses/üksuses	Teises asutuses/üksuses ei tööta	129	76,3
	< 0,5 kohta	16	9,5
	0,5 kohta	23	13,6
	1,0 kohta	1	0,6
	Kokku	169	100,0
Viimase vahetuse aeg	Päevane vahetus	94	55,6
	Öine vahetus	66	39,1
	Ööpäevane vahetus (24 tundi)	9	5,3
	Kokku	169	100,0

Tabel 3 andmetest on näha, et 63,3% vastanutest töötas osakonnas, kus voodikohtade arv jäi vahemikku 21 kuni 30 voodikohta. Keskmiseks voodikohtade arvuks osakonnas oli 24,1 (vahemikus 8 kuni 54 voodikohta, SD= 7,7). 57,4% uuritavatest märkis, et õdede ja abiõdede koguarv nende osakonnas oli 11 kuni 20 õde ja abiõde. Uuritavate seas oli kõige rohkem üldkirurgia (33,1%), ortopeedia (18,9%) ja uroloogia (17,2%) üksustes töötavaid õdesid ja abiõdesid. Uuritavate jaotus osakondade kaupa on esitatud joonisel 2.

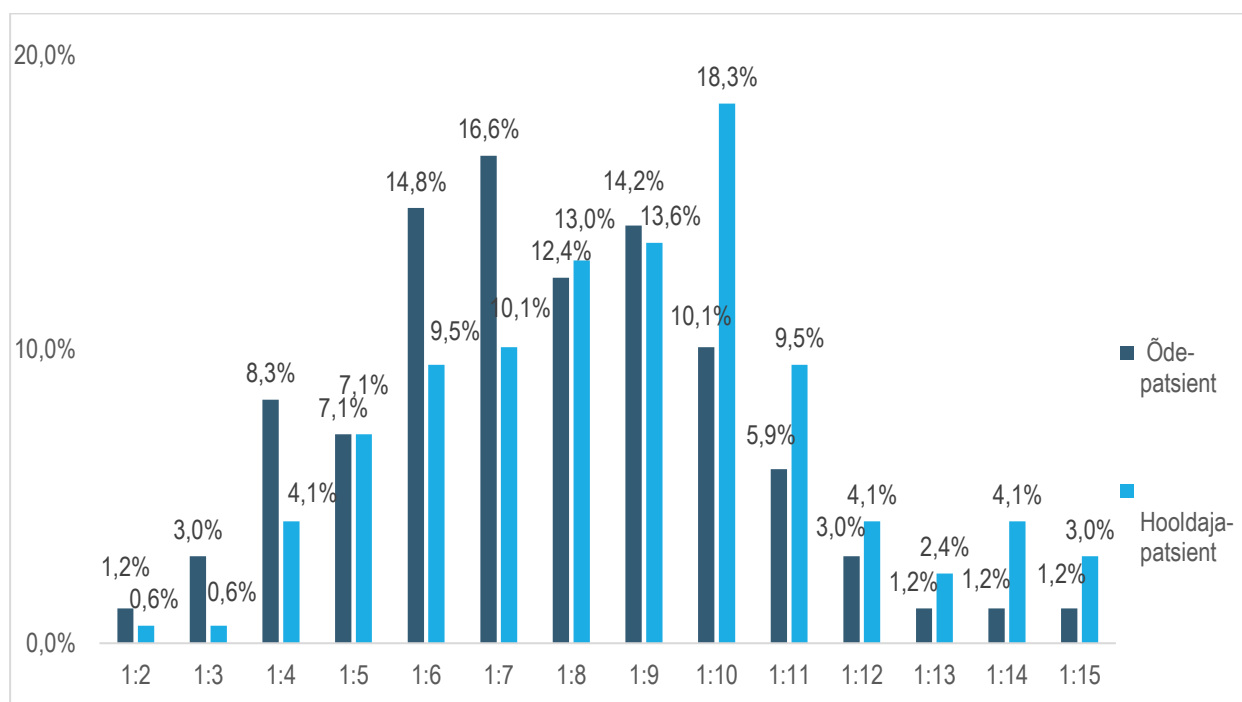
Tabel 3. Osakondade töökorraldus

Osakondade töökorraldus		n	%
Voodikohtade arv osakonnas	≤10	2	1,2
	11-20	39	23,1
	21-30	107	63,3
	31-40	17	10,0
	>40	4	2,4
Õendusp personali (õed/abiõed) arv osakonnas	≤10	54	32,0
	11-20	97	57,4
	21-30	17	10,0
	>30	1	0,6
	Kokku	169	100,0
Patsientide arv õe kohta viimase vahetuse ajal	4-6	54	32,0
	7-9	77	45,6
	10-12	32	18,9
	13-15	6	3,5
	Kokku	169	100,0
Patsientide arv hooldaja kohta viimase vahetuse ajal	4-6	34	20,1
	7-9	65	38,4
	10-12	54	32,0
	13-15	16	9,5
	Kokku	169	100,0



Joonis 2. Uuritavate protsentuaalne jaotus osakondade kaupa

Patsientide arv õde kohta viimase vahetuse ajal oli keskmiselt 7,5 patsienti (vahemikus 2 kuni 15 patsienti, SD=2,5) ehk keskmiseks õde-patsient suhtarvuks oli 1:8. Patsientide arv hooldaja kohta viimase vahetuse ajal oli keskmiselt 8,7 patsienti (vahemikus 2 kuni 15, SD=2,7) ehk hooldaja-patsient suhtarv oli 1:9. Viimase vahetuse ajal töötas 55,6% uuritavatest päevases, 39,1% uuritavatest öises ning 5,3% uuritavatest ööpäevases vahetuses. Päevases vahetuses oli keskmine patsientide arv õde kohta 6,7 patsienti (vahemikus 2,3 kuni 15, SD=2,3) ehk õde-patsient suhtarv oli 1:7. Öises vahetuses oli õde kohta keskmiselt 8,9 patsienti (vahemikus 5 kuni 14,5, SD=2,1) ehk õde-patsient suhtarv oli 1:9. Joonisel 3 on kujutatud töötaja-patsient suhtarvude protsentuaalne jaotus.



Joonis 3. Töötaja-patsient suhtarvud protsentuaalselt viimase vahetuse ajal

Avatud lõpuga küsimusele "Missuguseid mitte-õdede tööülesandeid pidite oma viimase vahetuse ajal täitma?" vastas 164 uuritavat (97,0%) ning tulemustest selgus, et 68,9% uuritavatest sooritasid oma tööajal töökorraldustikult õdede töökohustuste hulka mittekuuluvad tegevusi. Uuritavad kirjeldasid, et tegelevad mitme teise kutseala töötajate tööülesannetega. Kirjeldati assistendi/sekretäri, hooldaja, arstide, õendusjuhi ja muu kutseala tööülesannete sooritamist. Kõige sagedamini täideti hooldaja (22,6%), arsti (20,9%) ning assistendi/sekretäri tööülesanded (17,5%). Kõige sagedasem tööülesanne, mida peeti töökorraldustikult õdede töökohustuste hulka mittekuuluvaks, oli telefonile vastamine (13,6%). Kaks uuritavat vastas, et õdede töökohustuste hulka mittekuuluvaid tööülesandeid inimestega töötades ei ole olemas. Töökorralduslikult õdede töökohustuste hulka mittekuuluvate tegevuste näited on esitatud tabelis 4.

Tabel 4. Töökorraldustikult ödede töökohustuste hulka mittekuuluvate tegevuste näited, nende substantiivsed koodid, alakategooriad ja ülakategooria

Ülakategooria	Alakategooria	Substantiivne kood	Näide
Missuguseid mitte-ödede tööülesandeid pidite oma viimase vahetuse ajal täitma?	Assistendi/ sekretäri tööülesanded (31)	Telefonile vastamine (24)	„Telefonikõned, helistati valesse kohta“
		Arvetegelemine (2)	„...voodipäevatasu arvet tegin“
		Haigusloo vormistamine (3)	„paberite vormistamisega võiks tegeleda sekretör“
		Uuringute tellimine (3)	„...patsientide registreerimine uuringutele ...“
	Hooldaja tööülesanded (40)	Patsiendi transportimine (16)	„Aitasin patsiente transportida...“
		Analüüside äraviimine (9)	„Viisin analüüse ära“
		Toitmine ja toidujagamine (5)	„Patsiendi toitmine“
		Asendi muutmine (3)	„Patsiendi keeramine“
		Hügieenitoimingutes abistamine (5)	„Aitasin hooldajaid patsiendi pesemisel“
		Voodipesu vahetamine (1)	„Kuna on ka hooldustöötajate puudus, siis voodipesu vahetamine“
		Patsiendi riietamine (1)	„...op särki panemine“
	Arsti tööülesanded (37)	Arsti otsimine (20)	„Otsima arsti, kes ei võtnud kabinetis telefoni, et suhelda pt omaksetega“
		Ravikorralduste täpsustamine (6)	„Ravi korraldamine (raviarst polnud ravi määranud ja kinnitanud allkirjaga ravilehel, kuigi patsient teadaolevalt õendusanamneesi ja seisundi järgi ravimeid kasutas/vajas) . Selgitasin välja pt. ravi, konsulteerisin valvearstiga ja kes selle lõpuks kinnitas“
		Patsiendi teise osakonda üleviimise korraldamine (2)	„Konsulteerima edaspidise ravitegevust, teise osakonda üleviimist“
		Väljakirjutustega tegelemine (2)	„Arsti ülesandeid, näiteks väljakirjutamise küsimustega“
		Epikriisi selgitamine patsiendile (1)	„...arsti epikriisi selgitamine“
		Analüüside määramine (1)	„...määrasin analüüsid“
		Ravi selgitamine patsientidele (5)	„Ravi selgitamine“
	Õendusjuhi tööülesanded (8)	Töö graafikutega (1)	„Vanemõe puhkuse tõttu kontrollima üle ja otsima lahendusi algava kuu töögraafikule“
		Tarvikute hankimine (1)	„... ravimite otsimine“
		Logistiliste küsimustega tegelemine (4)	„Invatakso tellimine, info raviarsti viibimise kohta“
		Organisatoorse küsimustega tegelemine (2)	„Töö korraldamine..“
	Muu (10)	Aparaatide puhastamine, koristamine ja lillede kastmine (3)	„Koristasin personalituba“
		Patsiendi psühholoogiline nõustamine elulistel teemadel (1)	„Patsiendid tahavad lihtsalt suhelda teemadel mis pole õe töö“
		Füsioteraapia (2)	„Võimlemine“
		Sotsiaalsete probleemide lahendamine (4)	„Tegelesin patsientide sotsiaalsete probleemide lahendamisega“
	Ei pidanud tegema (51)	Õe töö on meeskonnatöö (2)	„Inimestega töötades pole mitte-öde tööülesandeid:“
		Ei olnud (49)	„Ei pidanud seekord“

4.2 Tegemata jäänud õendustegevused

4.2.1 Igapäevased hooldustoimingud

43,1% uuritavatest vastas, et patsiendi aktiveerimine või osalise liikumisvõimega ja liikumisvõimetute patsientide abistamine jäi neil tegemata mõnikord või tihti. Mittevajalikeks tegevusteks hindasid õed kõige sagedamini patsiendi üldpesu teostamist (76,3%), patsiendi hambapesu teostamist (74,0%), patsiendi osalise pesu teostamist (69,8%), patsiendi voodipesu vahetamist (59,8%) ja patsientide abistamist söömisel (56,3%). Nimetatud tegevusi ei pidanud uuritavad viimase 7 tööpäeva jooksul tegema. Igapäevaste hooldustoimingute osas tegemata jäänud õendustegevused on esitatud tabelis 5.

Tabel 5. Igapäevaste hooldustoimingute osas tegemata jäänud õendustegevused

Dimensioon	Tegemata jäänud õendustegevus	Tegevus polnud vajalik	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Igapäevased hooldustoimingud	1) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku üldpesu?	129(76,3)	18(10,7)	15(8,9)	7(4,1)	-
	2) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku osalist pesu?	118(69,8)	30(17,8)	20(11,8)	1(0,6)	-
	3) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku nahahooldust?	25(14,8)	44(26,0)	90(53,3)	9(5,3)	1(0,6)
	4) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku suuhooldust?	55(32,5)	23(13,6)	82(48,5)	6(3,6)	3(1,8)
	5) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku hambapesu?	125(74,0)	18(10,6)	15(8,9)	6(3,5)	5(3,0)
	6) ... ei saanud korralikult abistada patsiente, kes iseseisvalt söömisega toime ei tulnud?	96(56,8)	45(26,6)	15(8,9)	13(7,7)	-
	7) ... ei saanud vajalikul moel aktiveerida osalise liikumisvõimega või abistada liikumisvõimetuid patsiente?	14(8,3)	24(14,2)	58(34,4)	67(39,6)	6(3,5)
	8) ... ei saanud piiratud liikumisvõimega või liikumisvõimetute patsientide asendit muuta?	18(10,7)	37(21,9)	56(33,1)	58(34,3)	-
	9) ... ei saanud piisavalt kiiresti vahetada patsientide voodipesu, mis oli määratud uriini, väljaheite või oksemassiga?	101(59,8)	43(25,4)	15(8,9)	9(5,3)	1(0,6)

4.2.2 Toetuse pakkumine

30,8% uuritavatest vastas, et patsiendi või patsiendi perega vajalikel teemadel vestlemine jäi neil tegemata tihti. Emotsionaalse või psühhosotsiaalse toe pakkumine patsiendile jäi tegemata tihti umbes veerandil uuritavatest (24,9%). Toetuse pakkumise dimensiooni tegemata jäänud õendustegevused on esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Toetuse pakkumise osas tegemata jäänud õendustegevused

Dimensioon	Tegemata jäänud õendustegevus	Tegevus polnud vajalik	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Toetus	10) ... ei saanud pakkuda patsiendile emotsionaalset või psühhosotsiaalset tuge, kuigi pidasid seda vajalikuks, nt seoses tema haigusest tulenevate hirmude ja ebakindlusega, sõltuvustundega.	10(5,9)	22(13,0)	35(20,7)	60(35,5)	42(24,9)
	11) ... ei saanud patsiendi või patsiendi perega vajalikel teemadel vestelda?	10(5,9)	25(14,8)	27(16,0)	55(32,5)	52(30,8)

4.2.3 Rehabilitatsioon ja juhendamine

30,2% uuritavatest vastas, et patsientide või nende pereliikmete piisav ettevalmistamine toimetulekuks pärast haiglast väljakirjutamist jäi tihti sooritamata. Kõige vähem esines uuritavate sõnul mõnikord või tihti olukorda, kus nad ei suutnud patsienti eritamise osas piisavalt juhendada ning pidid seetõttu püsikateetri paigaldama (6,5%) või mähkme panema (9,5%). Rehabilitatsiooni ja juhendamise osas tegemata jäänud õendustegevused on kajastatud täpsemalt tabelis 7.

Tabel 7. Rehabilitatsiooni ja juhendamise osas tegemata jäänud õendustegevused

Dimensioon	Tegemata jäänud õendustegevus	Tegevus polnud vajalik	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Rehabilitatsioon ja juhendamine	12) ... ei saanud patsienti piisavalt informeerida teda eesootavatest uuringutest või planeeritud raviprotseduuridest?	7(4,1)	37(21,9)	68(40,2)	47(27,8)	10(5,9)
	13) ... ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt oma eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu panid patsientidele mähkme?	28(16,6)	79(46,7)	46(27,2)	14(8,3)	2(1,2)
	14) ... ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu pidid paigaldama põie püsikateetri?	22(13,0)	88(52,1)	48(28,4)	11(6,5)	-
	15) ... ei saanud läbi viia patsiendi aktiveerimist ja taastusravi protseduure?	27(16,0)	22(13,0)	33(19,5)	69(40,8)	18(10,7)
	16) ... ei olnud võimalik juhendada ja/või õpetada patsiente ja/või nende pereliikmeid, nt kuidas süstida insuliini, käituda või hakkama saada haigusega seotud sümptomitega (hüpoglükeemia, düspnoe)?	33(19,5)	33(19,5)	31(18,3)	58(34,4)	14(8,3)
	17) ... ei olnud võimalik patsiente või nende pereliikmeid piisavalt ette valmistada, kuidas pärast haiglast välja kirjutamist toime tulla?	16(9,5)	29(17,1)	28(16,6)	45(26,6)	51(30,2)

4.2.4 Jälgimine ja ohutus

22,5% uuritavatest märkisid, et nad jätsid patsiendi tihti ootama rohkem kui 5 minutiks. 13,6% uuritavatest ei suutnud tihti segasusseisundis patsientide piisavalt hoolikalt jälgida, mille tõttu andsid patsientidele rahusteid. Kõige vähem jäi uuritavatel tihti või mõnikord tegemata desinfitseerimine (4,7%), patsientide ettevalmistamine uuringuteks või protseduurideks (6,5%) ja kätehügieen (7,1%). Jälgimise ja ohutuse osas tegemata jäänud õendustegevused on detailselt esitatud tabelis 8.

Tabel 8. Jälgimise ja ohutuse osas tegemata jäänud õendustegevused

Dimensioon	Tegemata jäänud õendustegevus	Tegevus polnud vajalik	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Jälgimine ja ohutus	18) ... ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui nende arst oli korraldanud?	3(1,8)	41(24,3)	62(36,7)	56(33,1)	7(4,1)
	19) ... ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui ise olid vajalikuks pidanud?	5(3,0)	26(15,4)	67(39,6)	66(39,0)	5(3,0)
	20) ... ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid kasutama füüsilist ohjeldamist?	25(14,8)	27(16,0)	64(37,9)	40(23,7)	13(7,7)
	21) ... ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid neile rahusteid andma?	22(13,0)	17(10,1)	37(21,9)	70(41,4)	23(13,6)
	22) ... olid sunnitud viivitama patsiendile abi osutamisega, kui patsiendi seisund järsku muutus, kuna kutsutud arst saabus väga hilja?	12(7,1)	29(17,2)	80(47,3)	30(17,8)	18(10,6)
	23) ... ei saanud määratud ravimit ja/või infusiooni manustada selleks ettenähtud ajal?	4(2,4)	29(17,2)	58(34,3)	60(35,5)	18(10,6)
	24) ... ei saanud patsientidel teostada vajalikku haavahooldust / vahetada sidet?	6(3,6)	59(34,9)	36(21,3)	49(29,0)	19(11,2)
	25) ... ei saanud patsiente uuringuteks või raviprotseduurideks ette valmistada ?	5(3,0)	54(31,9)	99(58,6)	10(5,9)	1(0,6)
	26) ... pidid õe kutsunginuppu vajutanud patsiendi ootama jätma kauemaks kui 5 minutiks?	5(3,0)	65(38,5)	14(8,3)	48(27,8)	38(22,5)
	27) ... ei saanud teostada küllaldast kätehügieeni?	3(1,8)	116(68,6)	38(22,5)	11(6,5)	1(0,6)
	28) ... ei saanud teostada vajalikke desinfitseerimise meetmeid?	3(1,8)	119(70,4)	39(23,1)	8(4,7)	-

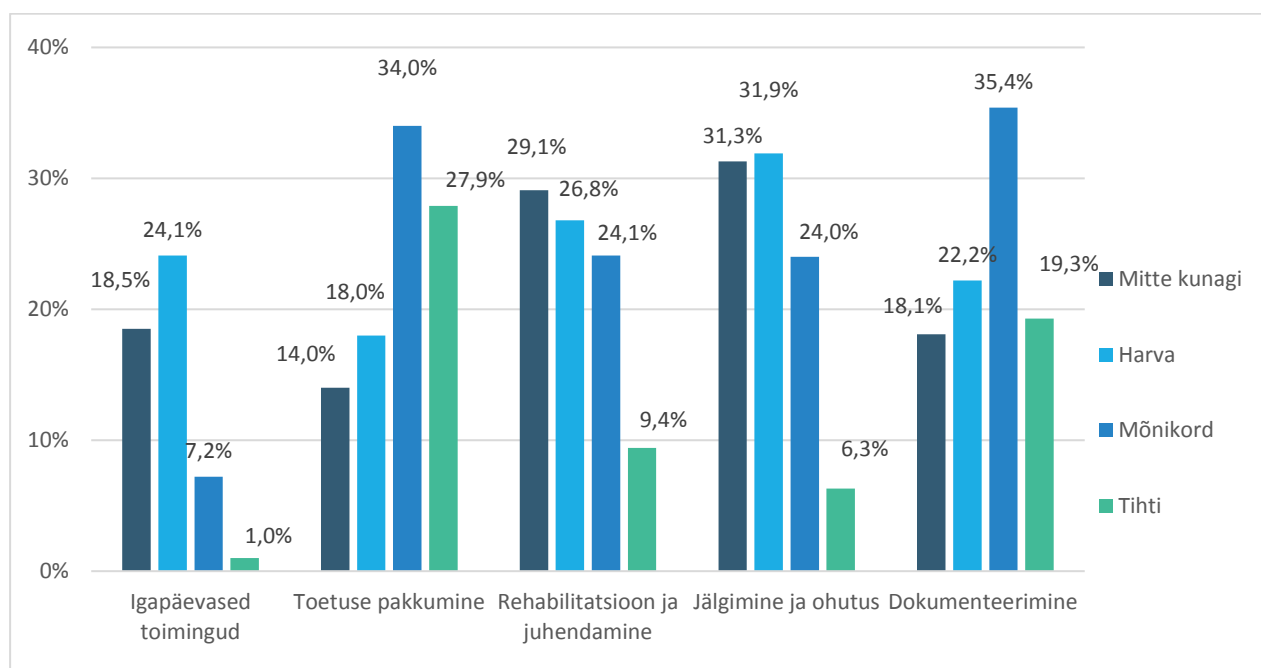
4.2.5 Dokumenteerimine

32,5% uuritavatest kirjeldas, et dokumenteerimine ja õendusplaanide täitmise hindamine jäi neil tegemata tihti. Dokumenteerimise osas jäi kõige vähem tegemata osakonda saabunud patsientide vajaduste kindlaks tegemine (5,3%). Dokumenteerimise osas tegemata jäänud õendustegevused on kirjeldatud tabelis 9.

Tabel 9. Dokumenteerimise osas tegemata jäänud õendustegevused

Dimensioon	Tegemata jäänud õendustegevus	Tegevus polnud vajalik	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dokumenteerimine	29) ... ei olnud oma vahetuse alguses piisavalt aega, et tutvuda õendusplaanidega ja end patsientide seisundiga kurssi viia?	3(1,8)	34(20,1)	42(24,9)	70(41,4)	20(11,8)
	30) ... ei olnud võimalik oma osakonda saabunud patsientide vajadusi kindlaks teha?	5(3,0)	33(19,5)	48(28,4)	74(43,8)	9(5,3)
	31) ... ei olnud võimalik patsientidele õendusplaani koostada?	21(12,4)	30(17,8)	31(18,3)	52(30,8)	35(20,7)
	32) ... ei saanud piisavalt dokumenteerida ja hinnata koostatud õendusplaani täitmist?	17(10,1)	25(14,8)	29(17,2)	43(25,4)	55(32,5)

Tulemustest selgus, et mõnikord või tihti jäid teatud õendustegevused tegemata 88,2% uuritavatest. Dimensioonide põhiselt jäi kõige enam tihti tegemata patsiendi toetamine (27,9%) ja dokumenteerimine (19,3%). Kõige vähem jäi tegemata patsiendi igapäevased toimingud (1,0%) ning jälgimine ja ohutuse tagamine (6,3%). Õendustegevustest jäi kõige sagedamini tihti tegemata dokumenteerimine ja õendusplaanide hindamine (32,5%). Kõige vähem jäi õendustegevustest tihti tegemata desinfitseerimine (4,7%). Kokkuvõtliku ülevaate tegemata jäänud õendustegevustest eelloetletud dimensioonide kaupa protsentuaalselt annab joonis 5.



Joonis 5. Tegemata jäänud õendustegevused dimensioonide kaupa keskmiste protsentide alusel

4.3 Seosed tegemata jäänud õendustegevuste ning õdede tausta ja töökorralduse vahel

Tulemustest selgus, et enam jäi õendustegevusi tegemata tasemeõppe teel omandanud rakenduskõrgharidusega uuritavatel ($p < 0,001$, Fisheri täpne test) ning kutseharidusega uuritavatel jäi võrreldes rakenduskõrgharidusega uuritavatega vähem õendustegevusi tegemata ($p < 0,001$, Fisheri täpne test). Tasemeõppe läbinud uuritavatel jäi sagedamini pakkumata emotsionaalne või psühhosotsiaalne tugi ($p < 0,001$, Fisheri täpne test), vestlemata patsiendi tema perega vajalikel teemadel ($p < 0,001$, Fisheri täpne test), teostamata patsiendi aktiveerimine ja taastusravi protseduurid ($p < 0,001$, Fisheri täpne test), juhendamata patsiendid ja nende pereliikmed ($p < 0,001$, Fisheri täpne test) ning ette valmistamata patsiendid ja nende pereliikmed iseseisvaks toimetuleks pärast väljakirjutamist ($p < 0,001$, Fisheri täpne test). Jälgimise ja ohutuse osas jäi neil sagedamini vastamata patsiendi kutsungile ($p < 0,001$, Fisheri täpne test) ja teostamata vajalik haavahooldus ($p < 0,001$, Fisheri täpne test). Tasemeõppe teel rakenduskõrghariduse omandanud uuritavatel jäi tihedamini tutvumata patsiendi seisundiga ($p < 0,001$, Fisheri täpne test), koostamata õendusplaani ($p < 0,001$, Fisheri täpne test) ning dokumenteerimata õendustegevused ($p < 0,001$, Fisheri täpne test).

Lühema tööstaaziga praeguses üksuses ($p < 0,001$, Fisheri täpne test) ja lühema üldise tööstaaziga uuritavatel esines tegemata õendustegevusi rohkem ($p = 0,005$, Fisheri täpne test). Lühema üldise tööstaaziga uuritavatel jäi sagedamini patsientidele pakkumata emotsionaalne või psühhosotsiaalne tugi ($p = 0,002$, Fisheri täpne test), vestlemata patsiendi või patsiendi perega ($p = 0,002$, Fisheri täpne test) ning ette valmistamata patsiendid ja nende pereliikmed iseseisvaks toimetuleks pärast väljakirjutamist ($p < 0,001$, Fisheri täpne test). Neil jäi rohkem tegemata patsiendi kutsungile vastamine ($p < 0,001$, Fisheri täpne test), õendusplaani koostamine ($p = 0,001$, Fisheri täpne test) ja dokumenteerimine ($p = 0,001$, Fisheri täpne test).

Erineva töökoormusega gruppide vahel statistilist erinevust ei esinenud ($p = 0,141$, Fisheri täpne test). Samuti ei esinenud olulisi erinevusi mujal üksuses lisatöökoormusega töötavate uuritavate ja lisatöökoormuseta uuritavate gruppide vahel ($p = 0,637$, Fisheri täpne test). Õendustegevuste teostamine uuritavate taustatunnuste alustel on esitatud tabel 10. Lisas 7 on detailselt esitatud analüüsiva statistika tulemused tegemata jäänud õendustegevuste, uuritavate tausta ning töökorralduslike tunnuste kohta.

Tabel 10. Õendustegevuste teostamine uuritavate taustatunnuste alusel

Uuritavate tausta tunnused	Õendustegevused tegemata		Õendustegevused tehtud		p-väärtus
	n	%	n	%	
Haridustase					
Keskeriharidus/kutseharidus	7	35,0	13	65,0	p<0,001 (Fisheri täpne test)
Tasemeõppe rakenduskõrgharidus	27	93,1	2	6,9	
Rakenduskõrgharidus	59	59,6	40	40,4	
Rakenduskõrgharidus + eriõe väljaõpe	8	47,1	9	52,9	
Magistriharidus	1	25,0	3	75,0	
Töötatud aastad praeguses üksuses					
< 5	1	100,0	0	0	p<0,001 (Fisheri täpne test)
5-10	42	80,8	10	19,0	
11-20	31	62,0	19	38,0	
21-30	28	45,9	33	54,1	
31-40	0	0	5	100,0	
Kogu tööstaaž tervishoius					
< 5	1	100,0	0	0	p=0,005 (Fisheri täpne test)
5-10	32	69,6	14	30,4	
11-20	36	73,5	13	26,5	
21-30	28	48,3	30	57,7	
31-40	5	41,7	7	58,3	
>40	0	0	3	100,0	
Töökoormus kirurgilises üksuses					
0,5 kohta	2	33,3	4	66,7	p=0,141 (Fisheri täpne test)
1,0 kohta	99	62,3	60	37,7	
>1,0 kohta	1	25,0	3	75,0	
Lisatöökoormus teises asutuses/üksuses					
Teises asutuses/üksuses ei tööta	77	59,7	52	40,3	p=0,637 (Fisheri täpne test)
< 0,5 kohta	11	68,8	5	31,2	
0,5 kohta	14	60,9	9	39,1	
1,0 kohta	0	0	1	100,0	

Tabel 11 andmetest selgub, et mida vähem oli patsiente õe kohta, seda enam olid teostatud vajalikud õendustegevused ($p<0,001$, Fisheri täpne test). Patsientide arvu suurenedes jäi sagedamini tegemata patsientide psühhosotsiaalne toetamine ($p<0,001$, Fisheri täpne test) ja patsiendi või patsiendi perega vestlemine ($p<0,001$, Fisheri täpne test). Patsientide arvu suurenemisel jäid rohkem tegemata ka rehabilitatsiooni ja juhendamise õendustegevused nagu patsientide aktiviseerimine ($p<0,001$, Fisheri täpne test), patsientide ja nende pereliikmete juhendamine ($p=0,001$, Fisheri täpne test) ning patsientide ja nende pereliikmete ettevalmistamine iseseisvaks toimetuleks ($p<0,001$, Fisheri täpne test). Õde-patsient suhtarvu suurenedes jäi rohkem tegemata segasusseisundis patsiendi jälgimine ($p=0,001$, Fisheri täpne test) ning patsiendi kutsungile vastamine 5 minuti jooksul ($p<0,001$, Fisheri täpne test).

Patsientide arvu suurenedes jäid rohkem tegemata veel käelised tegevused nagu ravimi või infusioonilahuse manustamine ($p=0,001$, Fisheri täpne test) ning haavahoolduse teostamine ($p=0,001$, Fisheri täpne test). Mida suurem oli õde-patsient suhtarv, seda rohkem jäi uuritavatel

tegemata osakonda saabuvate patsientide vajaduste kindlaks tegemine ($p=0,003$, Fisheri täpne test), õendusplaani koostamine ($p=0,002$, Fisheri täpne test) ja dokumenteerimine ning õendusplaanide täitmise hindamine ($p=0,001$, Fisheri täpne test). Käesolevate andmete põhjal statistiliselt olulist seost tegemata jäänud õendustegevuste ja hooldaja-patsient suhtarvu osas ei leitud ($p=0,623$, Pearsoni hii-ruut test).

Võrreldes päevase vahetusega, esines öösel töötanud uuritavatel rohkem tegemata jäänud õendustegevusi ($p<0,001$, Fisheri täpne test). Võrreldes päevaste vahetustega jäi öösel sagedamini patsientidele pakkumata emotsionaalne või psühhosotsiaalne tugi ($p<0,001$, Fisheri täpne test). Öösel jäi rohkem ära patsiendi või patsiendi perega vestlemine ($p<0,001$, Fisheri täpne test), patsientide aktiveerimine ($p=0,002$, Fisheri täpne test) ning patsientide ja nende pereliikmete juhendamine ($p=0,002$, Fisheri täpne test).

Tabel 11. Õendustegevuste teostamine ja osakonna töökorralduslikud tunnused

Osakonna töökorralduslikud tunnused	Õendustegevused tegemata		Õendustegevused tehtud		p-väärtus
	n	%	n	%	
Voodikohtade arv osakonnas					
≤10	0	0	2	100,0	p=0,500 (Fisheri täpne test)
11-20	24	61,5	15	38,5	
21-30	66	61,7	41	38,3	
31-40	9	52,9	8	47,1	
>40	3	75,0	1	25,0	
Patsientide arv õe kohta viimase vahetuse ajal					
4-6	19	34,6	36	65,4	p<0,001 (Fisheri täpne test)
7-9	53	70,7	22	29,3	
10-12	27	77,1	8	22,9	
13-15	3	75,0	1	25,0	
Patsientide arv hooldaja kohta viimase vahetuse ajal					
4-6	18	52,9	16	47,1	p=0,623 (Pearsoni hii-ruut test)
7-9	42	64,6	23	35,4	
10-12	35	58,3	25	41,7	
13-15	5	50,0	5	50,0	
Viimase vahetuse aeg					
Päevane vahetus	49	52,1	45	47,9	p<0,001 (Fisheri täpne test)
Öine vahetus	51	77,3	15	22,8	
Ööpäevane vahetus (24 tundi)	2	22,2	7	77,8	

Avatud lõpuga küsimusele "Kui Teil jäi viimase vahetuse ajal midagi tegemata, siis mis põhjusel?" vastas 164 uuritavat ning vastustest selgus, et umbes kolmandikul uuritavatest (29,3%) ei jäänud viimase vahetuse ajal midagi tegemata. 58,5% uuritavatest kinnitas, et tegemata jäänud õendustegevuste põhjuseks on töökorralduslikud põhjused. 34,6% uuritavatest nimetas peamiseks põhjuseks ebakorrektsed töö- ja tööajajaotust ja umbes veerand (14,4%) kirjeldasid põhjusena üldist suurt töökoormust. Uuritavad märkisid lisaks, et tegemata jäänud

õendustegevuste põhjuseks olid õest (3,2%) või patsiendist tingitud (4,8%) põhjused. 3,6% uuritavatest ei osanud öelda, mis võis olla tegemata jäänud õendustegevuste põhjuseks. Tegemata jäänud õendustegevuste põhjuste näited on kirjeldatud täpsemalt tabelis 12

Tabel 12. Tegemata jäänud õendustegevuste põhjuste näited, nende substantiivsed koodid, alakategooriad ja ülakategooria

Ülakategooria	Alakategooria	Substantiivne kood	Näide
Kui Teil jäi viimase vahetuse ajal midagi tegemata, siis mis põhjusel?	Töökorralduslikud põhjused (110)	Üldine suur töökoormus (27)	„Suur töökoormus“
		Ebakorrektne töö- ja tööajajaotus (65)	„Ajapuudus ja tööjaotus, hommikul kuhjub liiga palju protseduure“
		Lisaülesannete sooritamine (5)	„Palju tööd, lisaülesanded“
		Suur hulk erakorralist tööd (12)	„EMOst tuli korraga palju patsiente“
		Tegevuste dubleerimine (1)	„Palju dubleerimast analüüside võtmisel - arst määrab alguses ühed analüüsid ja hiljem teised, pean mitu korda verd võtma“
	Õest tingitud põhjused (8)	Ununemine (7)	„...unustasin midagi dokumenteerida“
		Väsimus (1)	„Olin väsinud“
	Patsiendi eripärast tingitud põhjused(9)	Patsient oli suitsetamas (1)	„Patsient oli väljas suitsetamas väga kaua“
		Patsient viibis protseduuril väljaspool osakonda (1)	„Patsient viibis hemodialüüsis, kui talle oli ravimit vaja manustada“
		Patsiendi soov pikalt suhelda (4)	„Ajanappus, patsiendid tahavad palju suhelda“
		Patsiendi seisundi järsk halvenemine (3)	„Patsiendi seisund halvenes järsku“
	Ei jäänud tegemata (55)		„Midagi ei jäänud tegemata“
	Ei oska öelda (6)		„Ei tea“

5. ARUTELU

5.1 Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

Eestis ei ole varasemalt uuritud tegemata jäänud õendustegevusi ning seetõttu puudus teave, kas ja mil määral neid esineb ning kuidas need on seotud õdede tausta või töökorraldusega. Mujal maailmas on teemat palju uuritud (Ball jt 2014, Zander 2014, Jones jt 2015, Ball jt 2016, Cho jt 2016, Winsett jt 2016) ja on leitud, et tegemata jäänud õendustegevuste põhjused on tihti seotud õdede töökorraldusega ning teema uurimine on väga oluline sisend õendusabi ja õendusjuhtimise kvaliteedi kirjeldamiseks. Võrreldes tegemata jäänud õendustegevuste esinemist ja õdede töökorraldust mujal maailmas ning Eestis, leidub nii sarnasusi, kui ka erinevusi.

Eestis oli uuritavate hulgas enim rakenduskõrgharidusega õdesid (75,8%), kellest suurem osa (58,6%) oli hariduse omandanud rakenduskõrgharidusliku õppe ning väiksem osa (17,2%) tasemeõppe teel (õe põhiõpe eelneva kutseharidusega õdedele). Keskmine tööstaaž tervishoius oli 17,2 aastat, praeguses üksuses 11,4 aastat. Varasematest uurimistöödest on teada, et Euroopa haiglaõdedest on keskmiselt 54% kõrgharidusega ning omavad keskmiselt 10,3 aastat tööstaaži oma praeguses üksuses (Ausserhofer jt 2014). Eeltoodule tuginedes võib väita, et Eestis regionaal- ja keskhaiglate kirurgia osakondades töötavatel õdedel on Euroopa haiglaõdedega võrreldes kõrgem haridustase. Samas ei saa välistada, et kõrgharidusega õdede uurimistöös osalemise suurema määra võis tingida küsimustiku keerukus või nende õdede parem arusaam uurimistöös osalemise vajalikkusest.

Käesoleva uurimistöös selgus, et Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades oli patsientide arv õe kohta viimase vahetuse ajal keskmiselt 7,5 patsienti ehk õde-patsient suhtarv oli 1:8. Euroopa kohta üldiselt on kirjeldatud, et keskmiselt on ühe õe kohta 8,4 patsienti (Ausserhofer jt 2014). Seega võib väita, et võrreldes Euroopas töötavate õdedega, ei erine Eesti õdede töökoormus olulisel määral. Eestis oli õise vahetuse ajal õe kohta rohkem patsiente, kui päeval, mis oli autori jaoks ootuspärane. Sama olukord esines Euroopa riikides, nagu Inglismaal ja Rootsis (Ball jt 2016). Samas näitab praktika, et Eesti kirurgiaosakondades on avatud ka I ja II astme intensiivravi voodikohti, mistõttu võib tulemustes kajastatud õde-patsient suhtarv olla tegelikkuses suurem.

Uurimistööst selgus, et Eestis on tegemata jäänud õendustegevuste esinemissagedus murettekitavalt suur. Nimelt 88,2% uuritavatest vastas, et seitsme päeva jooksul on neil jäänud

mingi õendustegevus tegemata mõnikord või tihti. Ka varasemates uurimistöödes on kirjeldatud tegemata jäänud õendustegevuste suurt esinemissagedust. Ball jt (2014) kirjeldavad, et Euroopas jäi keskmiselt 88%-l õdedest viimase vahetuse ajal õendustegevus tegemata. Seega võib väita, et Eestis ja Euroopas on tegemata jäänud õendustegevuste esinemismäär sarnane.

Tegemata jäänud õendustegevuste esinemine, vaatamata selle tüübile, mõjutab õendusabi kvaliteeti. Antud uurimistöö käigus selgus, et Eestis jäi keskmiselt kõige enam tihti tegemata patsiendi toetamine (27,9%) ja dokumenteerimine (19,3%). Kõige vähem jäid tegemata patsiendi igapäevased toimingud (1,0%) ja jälgimine ja ohutuse tagamine (6,3%). Kõige sagedasem tihti tegemata jäänud õendustegevus oli dokumenteerimine ja õendusplaanide hindamine (32,5%) ning kõige vähem desinfitseerimine (4,7%). Varasemalt läbiviidud uurimistööd kirjeldavad, et suurima sagedusega tegemata jäänud õendustegevusteks on patsiendiga suhtlemine ja õendusplaanide koostamine ning uuendamine (Al-Kandari ja Thomas 2009, Ball jt 2016, Cho 2016, Winsett jt 2016). Ressursi puuduses hakatakse rohkem rõhku panema just protseduuridele ning käeliste tegevustele (Jones jt 2015). Ka käesolevas uurimistöös selgus, et patsientidega suhtlemine ja emotsionaalse toe pakkumine on elemendid, mis jäid õdedel sagedamini tegemata. See võib olla tingitud õdede arusaamast, et kõik tegevused, millest jääb nii öelda füüsiline jälg, peavad saama tehtud, et tegemata jäänud õendustegevused ei tuleks ilmsiks. Teisest küljest võivad õed käelisi tegevusi pidada patsiendiohutuse aspektist olulisemaks ning seetõttu jäävad tegemata pigem toetuse ning suhtlemisega seotud õendustegevused.

Erinevusena võib esile tõsta asjaolu, et antud uurimistöös jäi õdedel kõige vähem tegemata desinfitseerimine (4,7%), patsientide ettevalmistamine uuringuteks või protseduurideks (6,5%) ja kätehügieen (7,1%). Kuid Ball jt (2016) sõnul esines kõige vähem tegemata jäänud õendustegevusi valutustamise (6%) ja protseduuride tegemise (6%) puhul. Autoril tekkis küsimus, kas õed Eestis peavad desinfitseerimise meetmeid valutustamisest olulisemaks? Või on Eesti õdedel väga head teadmised desinfitseerimisest ning seetõttu peavad nende teostamist oluliseks? Mõlemad tegevused on kvaliteetse õendusabi osutamise tähtsad osad, kuid meeles peaks pidama, et patsient ei tohi valu kannatada. Samas on patsiendiohutuse aspektist oluline, et õed järgiksid järjepidevalt vajalikke kätehügieeni ning desinfitseerimise reegleid.

Eesti õed pidasid kõige sagedamini mittevajalikeks tegevusteks patsiendi igapäevatoimingutega tegelemist. Näiteks patsiendi üldpesu teostamist (76,3%), patsiendi hambapesu teostamist (74,0%), patsiendi osalise pesu teostamist (69,8%), patsiendi voodipesu vahetamist (59,8%) ja patsientide abistamist söömisel (56,3%). See võib olla seotud asjaoluga, et Eestis on antud

tegevused sageli hooldajate tööülesanded, kuigi mujal maailmas osa õe tööülesannetest. Nimelt on maailmas eristatud erinevad õe pädevuse kategooriad, mille puhul igapäevatoimingute teostamine on madalama pädevusastmega õdede ülesanded. Antud uurimistöös jõuti tulemusele, et vaatamata sellele, et õed patsiendi igapäevatoimingutega seotud tegevusi mittevajalikeks peavad, tegelevad nad nendega siiski ka ise.

Huvitava asjaoluna selgus, et koguni 68,9% õdedest täidavad oma tööajal ka töökorraldustikult õdede töökohustuste hulka mittekuuluvad tegevusi. See mõjutab alati oluliselt tegemata jäänud õendustegevuste esinemist. Võrreldes Ball jt (2016) uurimistöö tulemustega, tegelevad Eesti õed palju rohkem õdede töökohustuste hulka mittekuuluvate tegevustega. Veerand Rootsi õdedest kirjeldas, et nad tegelevad tööajal õdede töökohustuste hulka mittekuuluvate tegevustega, Inglismaal kirjeldas antud olukorra esinemist 49% õdedest (Ball jt 2016). Autori arvates on meeskonnatöö hooldajate, kui ka teiste töötajatega väga oluline, kuid samas peaksid iga kutseala esindajate tööülesanded jääma teatud piiridesse, et vähendada ülekoormust ning läbipõlemise ohtu. Samuti peaksid õendusjuhid tegelema tööjaotuse küsimusega ning vajadusel suunama õdede töökohustuste hulka mittekuuluvad tegevused teistele, vastava pädevusega töötajatele. Organisatsioonide juhid võiksid kaaluda uute ametikohtade loomise võimalusi. Lisaks peaksid õendusjuhid juurdlema, kas on mõistlik lubada õdedel töötada ööpäevastes vahetustes, arvestades fakti, et öösel on õe kohta rohkem patsiente ning sellistes olukordades esineb tegemata jäänud õendustegevusi rohkem.

Käesolevas uurimistöös jõuti tulemuseni, et võrreldes erialase ja magistrikraadi haridusega õdedega, jätavad tasemeõppe teel kõrghariduse omandanud õed rohkem õendustegevusi tegemata. Autori jaoks ilmnis huvitav asjaolu, et kutseharidusega õdedel jäi võrreldes rakenduskõrgharidusega õdedega vähem õendustegevusi tegemata. Ausserhofer jt (2014) uurimistöös toonitatakse vastupidist: madalama haridustasemega õed jätavad rohkem õendustegevusi tegemata. Antud tulemused erinevad varasemalt kirjeldatust ja neisse tuleks autori arvates suhtuda kriitiliselt. Võimalik, et kutseharidusega õed Eestis pole omandanud hoiakut, et tegemata jäänud õendustegevustest peaks avatult rääkima ning väitsid seega, et õendustegevused saavad rohkematel juhtudel tehtud. Samas võib see olla tingitud pikast töökogemusest ning just seetõttu said õendustegevused tehtud.

Tulemustest selgus, et lühema tööstaažiga õdedel ning õiste vahetuste ajal esineb tegemata jäänud õendustegevusi rohkem. Ka Al-Kandari ja Thomas (2009) sõnul jääb kõige rohkem õendustegevusi tegemata just õiste vahetuste ajal ning nooremad õed jätavad tegemata rohkem

õendustegevusi. Täpsemal tulemuste analüüsil selgus, et öiste vahetuste ajal jäid tegemata just toetuse pakkumise õendustegevused nagu emotsionaalse või psühhosotsiaalse toe pakkumine patsientidele, patsiendi ja tema perega vestlemine ning rehabilitatsiooni ja juhendamise õendustegevused nagu patsientide aktiveerimine ning patsientide ja nende pereliikmete juhendamine. Need on õendustegevused, mida tihti öise vahetuse ajal teha ei saa. Patsiendid magavad ning öiste vahetuste ajal ei toimu külastamisi, seega ei ole kokkupuudet ka patsiendi perega. Õed võisid antud õendustegevuste sooritamise peale mõelda, kuid see polnud vahetuse iseloomu tõttu võimalik ning seega jäi õendustegevus täitmata. Seega võib kasutatud küsimustik olla ka teatud määral ajatundlik.

Käesolevas töös seost lisakoormusel töötamise ning tegemata jäänud õendustegevuste vahel ei leitud. Griffithi jt (2014) kirjeldavad aga, et õdedel, kes tegid palju ületunnitööd ehk töötasid lisakoormusega, jätsid rohkem õendustegevusi tegemata. Antud tulemuse erinevuse võis tingida olukord, et vastajatest väga vähesed töötasid lisakoormusega ning seetõttu ei ilmnunud antud andmete põhjal statistiline seos. Samuti võib olla põhjuseks, et lisakoormusega töötavad inimesed on võib-olla aktiivsemad ja enese suhtes nõudlikumad ning püüavad igal juhul tegevused teostada. Ka varasemas uurimistöös (Kalisch jt 2009) on kirjeldatud, et õendusabi osutamise protsessi võivad mõjutada õe otsustusvõime, tööharjumused, vastutusala mõistmine, uskumused ja väärtused.

Uurimistöö autorit ei üllatanud tulemus, et mida vähem oli patsiente õe kohta, seda sagedamini olid õdedel teostatud vajalikud õendustegevused. Õde-patsient suhtarv on töökoormuse üks võimalikest hindamisviisidest ning võimaldab ka autori arvates piisaval määral teha kindlaks õdede töökoormust. Töökoormuse suurenedes väsivad õed kiiremini, nende tähelepanu hajub. Ajanappuses hakatakse tööülesandeid tähtsuse järjekorras sooritama ning siis hakkavadki teatud õendustegevused hilinema või jäetakse need sootuks tegemata. Uuritavate hinnangul on töökorraldusel suur roll tegemata õendustegevuste tekkimisel. 58,5% uuritavatest arvas, et tegemata jäänud õendustegevuste põhjuseks on töökorralduslikud põhjused, seejuures ebakorrektset töö- ja tööajajaotust peeti peamiseks põhjuseks (34,6%). Samuti kirjeldati põhjusena üldist suurt töökoormust (14,4%). Ka varasemalt läbiviidud uurimistöös on kirjeldatud tegemata jäänud õendustegevuste põhjuseks töökorralduslikke tegureid. Siinkohal peaksid juhid mõtlema, kuidas organiseerida tööd nii, et tööülesanded oleksid ajas ühtlasemalt jaotatud. Näiteks oleks oluline vähendada töökoormust just hommikuti, kui tekib patsientide sisse- ja väljakirjutamine suures mahus ning arstid annavad korraga mitmete patsientidega seotud korraldusi.

Käesolev uurimistöö kinnitab, et Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades esineb olulisel määral tegemata jäänud õendustegevusi. Õdedel ja erinevate tasandite juhtidel on oluline teadvustada, et tegemata jäänud õendustegevused kahjustavad nii patsiente, kui ka õdesid ja organisatsiooni tervikuna. Antud teema vajab Eesti kontekstis tõsisemat käsitlemist ning vajalik oleks rakendada erinevad strateegiad, et tegemata jäänud õendustegevusi vähendada ning nende esinemist ennetada.

5.2 Eetilised aspektid

Antud uurimistöö teema valikul lähtuti õendusjuhtimise ja õenduspraktika arenguvajadustest. Enne uurimistöö läbiviimist koostati uurimisplaan, mille raames koguti välisriikides teostatud uurimistööde alusel informatsiooni nähtuse kohta ning kaaluti erinevaid meetodikaid uurimistöö läbiviimiseks Eestis. Uurimistöö läbiviimisel järgiti eetilisi nõudeid ning seadusandlust, mis tähendab et, uurimistöö läbiviimise luba taotleti ja saadi kõikide uurimistöös osalevate haiglate juhtkondadelt ning Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt.

Uurimisplaani koostamisel selgitati välja uurimistöö kasu- ning kahjutegureid uuritavatele. Uuritav võis tunda hetkelist ebamugavust vastates küsimustele tegemata jäänud õendustegevuste teemal. Samas seisnes ka uuritava jaoks kaudne kasu õdede tegemata jäänud õendustegevuste kaardistamises ning vajadusel, ebaefektiivse töökorralduse muutmiseks sisendi tekkimises. Kasutatavas küsimustikus ei olnud küsimusi, mille vastuste põhjal uuritavaid ära võiks tunda. Uuritavale tagati, et vastamine on anonüümne ning uurimistöös osalemise tõttu ei saanud tekkida tööandjapoolseid sanktsioone. Uuriija arvates oli antud uurimistöö kasutegur suurem ning uuritavale tekitatav koormus vähene. Uuriija poolt valiti küsimustik, mis uuritavat liigselt ei koormaks. Uurimistöös teostati enne põhiuurimistöö läbiviimist prooviuurimus ning toimus küsimustiku testimine, mille käigus tehti kindlaks küsimustikus sisalduvate küsimuste selgus ja vastamismugavus. Prooviuurimuse läbiviimise käigus vastasid uuritavad, et küsimustik ei sisalda raskesti mõistetavaid, halvasti sõnastatud, üleliigseid või sobimatuid väiteid. Samuti ei kirjeldanud nad, et olulisi küsimusi puudu oleks olnud.

Kõiki uuritavaid teavitati küsimustiku ees asuva motiveeriva kaaskirja abil uurimistöö sisust, eesmärkidest ning protsessist ja osalemise vabatahtlikkusest. Uuritaval oli võimalus uurimistöös osalemisest loobuda andmete kogumise etapi alguses, kuna küsimustikule vastamine kinnitas uurimistöös osalemise nõusoleku. Lisatud olid ka uurimistöö läbiviija kontaktandmed juhuks, kui uuritaval oleks tekkinud vajadus läbiviijaga ühendust võtta ja täpsustavaid küsimusi esitada.

Uurimistöö läbiviijaga võeti neljal korral ühendust põhjusel, et küsimustik ei avanenud korrektselt veebilehitsejas. See näitab, et uurimistöös osalemise vastu tunti huvi ning vaatamata tõrgetele sooviti küsimustikku täita.

Anonüümsuse tagamiseks kasutati andmete kogumiseks küsimustikku, mis täideti uuritavate poolt elektroonselt keskkonnas Google Forms. Elektroonne küsimustik võimaldas uuritavatel anonüümsust säilitada ning vähendas riski, et tööandja poolt rakendatakse uurimistöös osalemise või mitteosalemise tõttu mingisuguseid karistusi. Uuriija koostas andmestiku, millele polnud ligipääsu kõrvalistel isikutel. Andmestik oli salvestatud vaid uurija isiklikus arvutis, mis on parooliga kaitstud.

Andmete analüüsimiseks kasutati asjakohaseid meetodeid ning tulemused esitati korrektselt ning ausalt. Autor ei mõjutanud ühelgi viisil uurimistöö tulemusi. Andmete kogumise ja analüüsi käigus saadud informatsiooni kasutati üldistatud kujul ning vaid teaduslikel eesmärkidel. Küsimustike abil ei kogutud uurimistööga mitteseotud informatsiooni inimese privaatse teabe kohta. Uurimistöös ei diskrimineeritud uuritavaid soo, vanuse, rassi, keele, religiooni, poliitiliste veendumuste, sotsiaalse päritolu, tervisliku seisundi või varalise rikkuse põhjal. Kõikides uurimistöö etappides arvestati uuritavate huve ning neid tähtsustati rohkem kui ühiskondlikke või teaduslikke huve. Peale magistritöö edukat kaitsmist ja tulemuste avaldamist, uurimistöö digitaalsed andmed kustutatakse.

Töös kasutati ainult tõenduspõhiseid materjale. Kõikidele autoritele viidati korrektselt, allikad on reastatud uurimistöö lõpus, kasutatud kirjanduse loetelus. Planeeritavas uurimistöös välditi plagiaati ja võltsimist. Uurimistööd viidi läbi autori enda finantsidest, muul viisil uurimistööd ei finantseeritud, uuritavatele kompensatsiooni ei makstud ja kellegi huvidest ei lähtunud ning seetõttu on välistatud tulemuste kallutatus.

5.3 Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad

Peamisteks kitsaskohtadeks on metoodikaga seotud aspektid. Kuna tegu on läbilõikelise uuringuga, ei saa tulemuste põhjal teha järeldusi nähtuse põhjuslikkuse või üldise levimuse kohta. Uuriijal oli võimalik kaardistada vaid nähtust ja mingil määral ka nähtuse esinemist seoses uuritava populatsiooni taustaga. Tegemata jäänud õendustegevuste seoste hindamiseks tausta ja töökorralduslike andmetega loodi binaarne tunnus, mis kirjeldas, kas uuritavatel jäid kokkuvõttes õendustegevused tegemata olulisel määral või olid nad tehtud. Antud meetodit on kasutatud ka

eelnevates tegemata jäänud õendustegevusi käsitlevates uurimistöödes, kuid siiski võib sellise meetodi kasutamine tunduda robustsena ning pole tõestatud, et see on kõige efektiivsem viis, kuidas uurida tegemata jäänud õendustegevuste puhul esinevaid seoseid.

Andmete kogumine toimus küsimustikega, mida täitsid õed ja abiõed. Kasutatud küsimustik sisaldas ka mitmeid igapäevase hooldusega seotud väiteid, mis on Eestis üldiselt hooldajate tööülesanded. Seega tekib küsimus BERNCA küsimustiku väga heas sobivuses Eesti haiglates praktiseeritava õendusabi ja töökorraldusega. Samas ei tundunud autorile ka teised küsimustikud paremini sobivad ning BERNCA küsimustik võimaldas tegelikult mingil määral kaardistada, milliseid ülesandeid peavad õed hooldajate tööülesanneteks.

Töö tulemused põhinevad õdede ja abiõdede subjektiivsetele hinnangutele ja arusaamadele. Õdedel võivad olla väga erinevad arusaamad, milliseid tegevusi patsiendid vajavad ja mil määral said tegevused tehtud. Siinkohal on aga oluline märkida, et õdede hinnangud ja arusaamad mõjutavad nende käitumist ning on oluline osa hindamaks tegemata jäänud õendustegevuste nähtust. Õed töötavad tavaliselt meeskondades ning on võimalik, et õendustegevus, mis jäi tegemata ühel õel, sai siiski sooritatud vahetuse teise töötaja poolt. Samuti võis uuritaval olla raske määratleda, kas tegemata jäänud õendustegevused leidsid aset viimase 7 tööpäeva jooksul või varem. Samuti võisid uuritavad mõne juhtumi unustada. Asjakohane oleks sarnane uurimistöö ka patsientide seas läbi viia, et saada infot, millisel määral esineb nende arvates tegemata jäänud õendustegevusi ja kuidas täpselt patsiendid neid tajuvad.

Uurimistöö väärtust oleks tõstnud õdede ja abiõdede eristamine küsimustikus ja tulemustes. Võib kahtlustada, et hariduse ja tööstaaži andmed ei võimalda täiel määral välistada abiõdede mõju õendustegevuste tegemata jätmise gruppide võrdlemisel. Tähelepanu on oluline pöörata ka asjaolule, et õde-patsient suhtarv võib olla mõjutatud asjaolust, et kirurgiaosakondades on laialdaselt kasutusel intensiivravi voodikohad. Õendusjuhtidega vesteldes selgus, et enamikes uurimistöösse kaasatud osakondades on avatud intensiivraviprofiiliga voodikohad. Intensiivravi profiiliga patsientide esinemise puhul määratakse ühele õele vähem patsiente, kui kirurgilise profiiliga patsientide puhul. Andmete põhjal ei eristu, kas uuritavad osutasid õendusabi ka intensiivravil viibivatele patsientidele. Teisest küljest on ajalooliselt olnud tavapärane, et intensiivravi profiiliga patsientidega tegelevad õed on eraldiseisva arvestusega ning on võimalik, et kirurgiaosakonna õed ei pruukinud neid õenduspersonali hulka üldse arvestada.

Veebikeskkonna teel andmete kogumise puudusena ilmnes asjaolu, et tekkida võivad veebikeskkonna tehnilised tõrked. Antud uurimistöö käigus tekkis andmete kogumise perioodil olukord, kus uuritavate juurdepääs küsimustikule oli piiratud, kuna haiglate turvasüsteemid blokeerisid küsimustiku veebikeskkonna korrektset avanemist. Kuigi olukord lahendati haiglate IT-osakondade abiga ning küsimustik oli hiljem uuesti kättesaadav, võis tekkida situatsioon, kus potentsiaalsel uuritaval ei olnud hiljem enam aega või ka soovi vastamiseks.

Kitsaskohaks on ka osalejate protsent (30%), mis jäi oodatust väiksemaks. Vastajaid oli piisavalt palju, et tekiks andmebaas, millest teha järeldusi, kuid üldistusi Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades töötavatele õdedele teha ei saa. Mitteosalemise põhjuseks võis olla elektroonne küsimustik, kuna vanemaalised õed võivad eelistada paberkandjal küsimustikke. Samuti võis mitteosalemise põhjuseks olla ajafaktor. Uurija käis asutustes uurimistööd ja selle tähtsust tutvustamas ning osakondadesse jäeti üleskutsed, kuid kõikidega vestelda ei olnud võimalik ning läbi kolmandate isikute uuringust kuuldes, ei pruugi õdedel küsimustike täitmiseks piisavalt motivatsiooni tekkida. Kuna uuritavate jaotus oli osakonniti erinev, ei saanud autor esitada tulemusi osakondade profiilide kaupa.

5.4 Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid

Antud uurimistöö on vajalik tõenduspõhise teabe saamiseks tegemata jäänud õendustegevustest ning seeläbi ka õendusabi kvaliteedi parandamiseks. Uurimistöö käigus kaardistati, kas ja millisel määral esineb Eestis tegemata jäänud õendustegevusi ning milline oli õdede töökorraldus. Teadmised tegemata jäänud õendustegevuste ning õdede töökorralduse kohta Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades on vajalikud patsiendiohutuse tõstmiseks ja kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks. Uurimistööst saab järeldada, et töökorralduslikud küsimused mõjutavad õdede ja abiõdede hinnangul tegemata jäänud õendustegevuste esinemist. Kogutud info võimaldab organisatsioonide õendusjuhtidel analüüsida olukorda, hinnata töökorralduse muutmise vajadust ning planeerida tegevusi, mis aitaksid vältida õendustegevuste tegemata jätmist. Juhid peaksid rakendama strateegiaid töökorralduse ning personalijuhtimise parendamiseks, et vähendada ülemäärast töökoormust ning parandada meeskonnatööd ja suhtlust. Need strateegiad aitaksid vähendada tegemata jäänud õendustegevuste hulka ja tagada kvaliteetne õendusabi.

Õeks õppivatele üliõpilastele tuleks selgitada tegemata jäänud õendustegevuste olemust ja põhjuseid. Sellisel viisil saab tulevaste õdede seas ennetada arusaama, et tegevuste tegemata

jätmist ja ohujuhtumite tekkimise riski võib tähelepanuta jätta või nende ilmsikstulekut varjata. Oluline on teemat läbi koolituste ka juba töötavatele õdedele tutvustada, et õdedel kujuneks motivatsioon juhtumeid koos juhiga läbi arutada ning sellisel viisil oleks võimalik tulevikus õendustegevuste tegemata jäämist ennetada.

Käesoleva uurimistöö andmed kinnitavad, et Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgia osakondades esineb tegemata jäänud õendustegevusi. Põhjalikumalt tuleks uurida tegemata jäänud õendustegevuste esinemise põhjuslikkust ning juhtidepoolseid ennetusmeetmeid, et efektiivsemalt vältida tegemata jäänud õendustegevuste esinemist. Siinkohal oleks otstarbekas saada terviklik ülevaade kõikide Eesti haiglate osakondade kohta. Selleks oleks tarvis välja töötada Eesti konteksti sobiv mõõdik, mis käsitleks tegemata jäänud õendustegevusi ja ka nende tekkepõhjuseid. Samuti on vajalik uurida, mis tegevused jäävad tegemata patsientide hinnangul ning mis põhjusel.

6. JÄRELDUSED

Uurimistulemustest selgus, et Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades esineb tegemata jäänud õendustegevusi ning suurel osal õdedest jäi seitsme päeva jooksul jäänud mõnikord või tihti mingi õendustegevus tegemata. Keskmiselt jäid õdedel kõige sagedamini tegemata patsiendi toetamine ja dokumenteerimine. Kõige vähem jäi tegemata patsiendi jälgimine ja ohutuse tagamine. Kõige sagedamini tegemata jäänud õendustegevus oli dokumenteerimine ja õendusplaanide hindamine ning kõige harvem desinfitseerimine.

Uuritavate hulgas oli enim rakenduskõrgharidusega õdesid, kellest suurem osa oli hariduse omandanud rakenduskõrgharidusliku õppe ning väiksem osa tasemeõppe teel. Õdede keskmine tööstaaž uuritavates üksustes oli sarnane Euroopa õdede tööstaažiga. Enamus uuritavatest töötas kirurgiaosakonnas täiskohaga, umbes veerand uuritavatest töötas lisakoormusega ka teises asutuses/üksuses. Eestis töötavad õed mingil määral ka ööpäevastes vahetustes. Keskmiselt oli viimase vahetuse ajal ühe õe kohta kaheksa patsienti. Öise vahetuste ajal oli ühe õe kohta rohkem patsiente, kui päevase vahetuse ajal. Umbes kolmveerand uuritavatest sooritasid oma tööajal ka töökorraldustikult õdede töökohustuste hulka mittekuuluvad tegevusi, millest kõige sagedasem oli telefonile vastamine.

Uurimistööst selgus, et tasemeõppe teel kõrghariduse omandanud ja lühema tööstaažiga õdedel esines tegemata jäänud õendustegevusi rohkem. Patsientide arvu suurenedes õe kohta tõusis ka tegemata jäänud õendustegevuste arv. Mida rohkem oli ühe õe kohta patsiente, seda sagedamini jäi tegemata patsientide psühhosotsiaalne toetamine, vestlemine, patsientide aktiveerimine, patsientide ja nende pereliikmete juhendamine ja ettevalmistamine iseseisvaks toimetuleks pärast väljakirjutamist, segasusseisundis patsiendi jälgimine, patsiendi kutsungile vastamine, ravimi või infusioonilahuse manustamine, haavahoolduse teostamine, patsientide vajaduste kindlaks tegemine, õendusplaanide koostamine ja dokumenteerimine ning täitmise hindamine. Üle poolte õdedest kinnitas, et töökorralduslikud faktorid põhjustavad tegemata jäänud õendustegevusi. Kõige sagedamini on need faktorid õdede arvates tööjaotus ning töökoormus.

Juhtimise tasemel on vajalik rakendada strateegiad suhtluse parandamiseks, ülemäärase töökoormuse vähendamiseks ning tööjaotuse reguleerimiseks. Kindlate vastutusalade ning tööülesannete kehtestamine, selgete suuliste korralduste ja kirjalike tööjuhendite esitamine, järjepidev järelvalve, meeskonnatöö propageerimine, töötajate tunnustamine ning positiivse mikrokliima loomine aitab vältida tegemata jäänud õendustegevuste esinemist ning võimaldab tagada kvaliteetne õendusabi, parimad võimalikud tervisetulemid ja patsiendi rahulolu.

KASUTATUD ALLIKAD

Aiken, L. H., Sochalski, J., & Lake, E. T. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11): 6-18.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38: 23-29.

Aiken, L. H. (2009). An international hospital outcomes research agenda focused on nursing: lessons from a decade of collaboration. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 3317-3323.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffith, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, A. P., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383: 1824–1830.

Al-Kandari, F., Thomas, D. (2009). Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 3430-3440.

Allmark, P. (2003). Popper and Nursing Theory. Nursing Philosophy. Blackwell Publishing Ltd.

Antinaho, T., Kivinen, T., Turunen, H., Partanen, P. (2015). Nurses' working time- how value adding it is? *Journal of Nursing Management*, 23: 1094-1105.

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Sjetne, I. S., Moreno-Casbas, T., Kozka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L. H., Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multivountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23: 126-135.

Baines, R.J., Langelan, M., de Bruijne, M.C., Asscheman, H., Spreeuwenberg, P., van de Steeg L. (2013). Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Quality & Safety*, 22: 290–298.

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., Griffiths, P. (2014). Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2): 116-125.

Ball, J.E., Raffer, A.M., Lindqvist, R., Murrells, T., Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of „care left undone“ on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 72: 2086-2097.

Ball, J. E. (2017). Nurse staffing levels, care left undone & patient mortality in acute hospitals. Thesis for Doctoral Degree. Karolinska Institutet. Stockholm.

Bekker, M., Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S.M. (2015). Non-nursing tasks, nursing tasks left undone and job satisfaction among professional nurses in South African hospitals. *Journal of Nursing Management*, 23: 1115-1125.

Burns, N., Grove, S.K. (2005). The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization (5th Ed.). St. Louis, Elsevier Saunders.

Carayon, P., Smith, M.J. (2000). Work organization and ergonomics. *Applied Ergonomics*, 31: 649-662.

Castner, J., Wu., Y-W. B., Dean-Baar, S. (2015). Multi-Level Model of Missed Nursing Care in the Context of Hospital Merger. *Western Journal of Nursing Research*, 37(4): 441-461.

Chan, E. A., Jones, A., Wong, K. (2013). The relationship between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*, 69: 2020-2029.

Chenjuan, M., McHugh, M. D., Aiken, L. H. (2015). Organization of Hospital Nursing and 30-day Readmissions in Medicare Patients Undergoing Surgery. *Med Care*, 53(1): 65-70.

Cho, E., Lee, N., Kim, E., Lee, K., Park, K., Sung, Y. H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60: 263-271.

Clark, A. M. (1998). The qualitative-quantitative debate: moving from positivism and confrontation to post-positivism and reconciliation. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 1242-1249.

Clarke, S. P., Donaldson, N. E. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Cornell, P., Herrin-Griffith, D., Keim, C., Petschonek, S., Sanders, A. M., D'Mello, S., Golden, T. W., Shepherd, G. (2010). Transforming nursing workflow, part 1: The chaotic nature of nurse activities. *Journal of Nursing Administration*, 40: 366-373.

Duffy, J. R., Culp, S., Padrutt, T. (2018). Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in and Acute Care Community Hospital. *Journal of Nursing Administration*, 48: 361-367.

Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2016.
https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/haigekassa_aruanne_2017_web.pdf (12.02.2018)

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (RT I, 30.12.2016, 13).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/130122016013> (08.02.2018)

Elo, S., Kyngäs, S. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107–115.

Farquharson, B., Bell, C., Johnston, D., Jones, M., Schofield, P., Allan, J., Ricketts, I., Morrison, K., Johnston, M. (2013). Frequency of nursing tasks in medical and surgical wards. *Journal of Nursing Management*, 21: 860-866.

Freimann, T. (2016). Eesti õendus- ja hoolduspersonali töökoormuse normeerimine. *Eesti Õde*, 1: 13-19.

Gravlin, G., Phoenix Bittner, N. (2010). Nurses and nursing assistants reports of missed care and delegation. *Journal of Nursing Administration*, 40: 329-335.

Griffith, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., Aiken, L. H. (2014). Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries: The association with perceived quality of care and patient safety. *Medical Care*, 52(11): 975-981.

Hall, L. M., Pedersen, V., Fairley, L. (2010). Losing the moment: Understanding interruptions to nurses' work. *Journal of Nursing Administration*, 40: 169-176.

Hassmiller, S. B., Cozine, M. (2006). Addressing the nurse shortage to improve the quality of patient care. *Health Affairs (Millwood)*, 25(1): 268-74.

Holden, R. J., Scanlon, M. C., Patel, N. R., Kaushal, R., Escoto, K. H., Brown, R. L., Alper, S. J., Arnold, J. M., Shalaby, T. M., Murkowski, K. (2011). A human factors framework and study of the effect on nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Quality & Safety*, 20: 15-24.

Jones, T. L., Hamilton, P., Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52: 1121-1137.

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011-2020. (2011). Tallinn.

Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (4): 306-313.

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., Hinshaq, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7): 1509-1517.

Kalisch, B. K., Williams, R. A. (2009). Development and Psychometric Testing of a Toll to Measure Missed Nursing Care. *The Journal of Nursing Administration*, 39(5): 211-219.

- Kalisch B.J., Friese C.R., Choi S.H. & Rochman M. (2011). Hospital nurse staffing: choice of measure matters. *Medical Care*, 49(8): 775–779.
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, H., Friese, C. R. (2011). Hospital Variation in Missed Nursing Care. *American Journal of Medical Quality*, 26(4): 291-299.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12): 1195–1204.
- Kim K.-J., Yoo, M. S., Seo, E. J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*, 12: 121-126.
- Kunaviktikul, W., Anders, R. L., Srisuphan, W., Chontawan, R., Nuntasupawat R., Pumarporn, O. (2001) Development of quality nursing care in Thailand. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6): 776–784.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25: 176-188.
- Landeros-Olvera, E., Salazar-González, E. B., Cruz-Quevedo, E. (2009). Influence of positivism on nursing research and practice. *Index de Enfermería*, 18(4): 263-266.
- Lavander, P., Meriläinen, M., Turkki, L. (2016). Working time use and division of labour among nurses and health-care worker in hospitals - a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 24: 1027-1040.
- Leiter, M. P., Laschinger, H. K. S. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: Testing a causal model. *Nursing Research*, 55(2): 137–146.
- Lucero, R. J., Lake, E. T., Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 2185-2195.

Makary, M. A., Daniel, M. (2016). Medical error- the third leading cause of death in the US. *BMJ Quality & Safety*, 353: 21-39.

Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacey, P., Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57: 463-471.

Myny, D., Van Goubergen, D., Gobert, M., Vanderwee, K., Van Hecke, A. (2011). Non-direct patient care factors influencing nursing workload: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2): 2109-2129.

Needleman, J., Buerhaus, P. I., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22): 1715–1722.

Polis, S., Higgs, M., Manning, V., Netto, G., Fernandez, R. (2017). Factors contributing to nursing teamwork in and acute care tertiary hospital. *Collegian*, 27: 19-25.

Rheume, A., Dionne, S., Gaudet, D., Allain, M., Belliveau, E., Boudreau, L., Brown, L. (2015). The changing boundaries of nursing: a qualitative study of the transition to a new nursing care delivery model. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 2529-2537.

Roomets, S. (2003). Statistika algkursus. Tallinn.

Russell, K. (2016). Perception of burnout, its prevention and its effect on patient care as described by oncology nurses in the hospital setting. *Oncology Nursing Forum*, 43(1): 103-109.

Sasso, L., Bagnasco, A., Aleo, G., Catania, G., Dasso, N., Zanini, M. P., Watson, R. (2017). Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: the potential impact on missed care. *BMJ Quality & Safety*, 26: 929-932.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., De Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument. *Nursing Research*, 56 (6): 416-424.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., Da Geest, B. (2009). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality of Health Care*, 20(4): 227-237.

Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M. (2013). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals-a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2): 230-239.

Sochalski, J. (2001). Quality of care, nurse staffing, and patient outcomes. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 1 (2): 9–18.

Zander, B., Dobler, L., Baumler, M., Busse, R. (2014). Nursing tasks left undone in German acute hospital care – Results from the International study RN4CAST. *Gesundheitswesen*, 76(11): 727-734.

Teenuste standardkulu komponendid (ressursid, nende ressursi kasutamise keskmine maht ja ressursi ühe mõõtühiku maksumus)
https://www.riigiteataja.ee/aktilisa/1291/2201/7054/SOM_m67_lisa1.pdf (08.02.2018)

Tourangeau, A. E., Doran, D. M., McGillis-Hall, L., O'Brien-Pallas, L. L., Pringle, D., Tu, J. V. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1): 32–44.

Trolla, J. (2011). Õdede töökoormuse mõõtmise meetodid täiskasanute kirurgia ja sisehaiguste osakondades – kirjanduse süstemaatiline ülevaade. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Tummers, G. E. R., Landeweerd, J. A., Van Merode, G. G. (2002). Work Organization, Work Characteristics, and Their Psychological Effects on Nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 9: 184-206.

Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya L., Clarke, S. P., Lesaffre, E., Vleugels, A., Aiken, L. H. (2009). Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. *International Journal of Nursing*, 46: 928-939.

Vanfosson, C. A., Jones, T. L., Yoder, L. H. (2016). Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook*, 64: 124-126.

Westbrook, J. I., Duffield, C., Creswick, N. J. (2011). How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Services Research*, 11: 319-330.

Willis, E., Thompson, S., Meyer, A. (2018). Work Intensification and Quality Assurance. Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Quality*, 33(2): 10-16.

Winsett, R. P., Rottet, K., Schmitt, A., Wathen, E., Wilson, D. (2016). Medical-surgical nurses describe missed nursing care tasks- Evaluating our work environment. *Applied Nursing Research*, 32: 128-133.

Yngman-Uhlin, P., Klingvall, E., Wilhelmsson, M., Jangland, E. (2016). Obstacles and opportunities for achieving good care on the surgical ward: Nurse and surgeon perspective. *Journal of Nursing Management*, 24(4): 492-499.

Lisa 1. Uurimistöösse kaasatud regionaal- ja keskhaiglate struktuurüksused

- 1) SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla:
 - Üld- ja onkokiurgia keskus
 - Üld- ja onkuroloogia keskus
 - Kardiorakaalkirurgia keskus
 - Neurokirurgia keskus
 - Ortopeediakeskus
 - Pea- ja kaelakirurgia keskus
- 2) SA Tartu Ülikooli Kliinikumi:
 - Hematoloogia-onkoloogia kliiniku kirurgilise onkoloogia osakond
 - Kirurgiakliiniku abdominaalkirurgia osakond, uroloogia ja neerusiirdamise osakond, üldkirurgia ja plastilise kirurgia osakond, veresoontekirurgia osakond
 - Kopsukliiniku pulmonoloogia ja torakaalkirurgia osakond
 - Kõrvakliiniku statsionaar
 - Nahahaiguste kliiniku statsionaarne osakond
 - Naistekliiniku günekoloogia osakond
 - Närvikliiniku neurokirurgia osakond
 - Stomatoloogia kliiniku näo-lõualuude kirurgia osakond (statsionaar)
 - Südamekliiniku kardiokirurgia osakond
 - Traumatoloogia ja ortopeedia kliiniku traumatoloogia osakond, ortopeedia osakond
- 3) AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Kirurgiakliiniku
 - ortopeedia osakond
 - proktoloogia osakond
 - uroloogia osakond
 - üldkirurgia osakond
- 4) AS Ida-Tallinna Keskhaigla Kirurgiakliiniku
 - üld- ja onkoloogilise kirurgia keskuse endokrinoloogilise/veresoonte kirurgia osakond ning onkoloogilise/miniinvasiivse kirurgia osakond
 - lüüsisambakirurgia keskuse statsionaarne osakond
 - ortopeedia keskuse statsionaarne osakond
 - uroloogia keskuse uroloogia osakond
 - kõrva-, nina- ja kurguhaigustekeskuse statsionaarne osakond
- 5) Ida-Viru Keskhaigla Kirurgiakliiniku
 - I kirurgiaosakond (üldkirurgia)
 - II kirurgiaosakond (kõrva-, nina-, kurguhaigused, uroloogia, günekoloogia)
 - III kirurgiaosakond (ortopeedia ja traumatoloogia)

Lisa 2. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus 282/T-3

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Tartu Ülikool tel 737 6215

grandikeskus e-post eetikakomitee@ut.ee

Lossi 3 www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

51003 Tartu

Protokolli number: 282/T-3 koosolek: 21.05.2018

Komitee koosseis:

Esimees

Kadri Tamme Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, anesthesioloogia ja intensiivravi lektor

Liikmed

Diva Eensoo Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, tervisesotsioloogia teadur

Naatan Haamer

Ruth Kalda

Tartu Ülikooli Kliinikum, hingehoidja

Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini professor / õppetooli

juhataja

Malle Kuum Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur

Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur

Kärt Pormeister Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, doktorant

Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Pille Taba Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, neuroloogia professor

Maria Tamm Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, eksperimentaalpsühholoogia teadur

Oivi Uiho Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, lastegastroenteroloogia dotsent

Vahur Ööpik Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö.

Uurimistöö nimetus: Tegemata jäänud õendustegevused ning õdede töökorraldus Eesti regionaalja

keskhaiglate kirurgia osakondades – läbilõikeline uurimus

Vastutav uurija (asutus): Ere Uibu (peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Tartu Ülikool Ravila 19-4056, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 29.05.2018
2. Lisa 1. Uurimistöösse kaasatavad regionaal- ja keskhaiglate struktuurüksused
3. Lisa 2. BERNCA-R küsimustik inglise keeles (Schubert jt 2009)
4. Lisa 3. BERNCA-R küsimustik eesti keeles
5. Lisa 4. BERNCA-R küsimustik vene keeles
6. Lisa 5. Prooviuurimuse lisaküsimused
7. Lisa 6. Kirjavahetus küsimustiku autoriga
8. Uuringu läbiviijate CVd (E. Uibu, H. Peterson).


Uurimistöö lõpp: 31.12.2019

Komitee esimees: Kadri Tamme /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaie Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Lisa 3. Kirjavahetus küsimustiku autoriga

 **Helle Peterson** <helle.peterson0@gmail.com> 04.10.17 ☆ ↶ ↷

saajale maria.schubert ▾

Date: 03.10.2017

Subject: Permission to translate and use the instrument "BERNCA"

Dear Prof. Maria Schubert

I am Master's student of Nursing Science at the University of Tartu (Estonia). In my Master's thesis I have planned to study nurses work organization and care left undone (missed care) in regional and central hospitals in Estonia. I am inspired of articles of yours and your colleagues in this field:

- Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., Da Geest, B. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416-424;
- Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S. P., Aiken L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D.M., Da Geest, B. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality of Health Care*, 20(4), 227-237;
- Ball, J.E., Raffert, A.M., Lindqvist, R., Murrells, T., Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of „care left undone“ on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 2086-2097;
- Cho, E., Lee, N., Kim, E., Lee, K., Park, K., Sung, Y.H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 263-271;
- Jones, T. L., Hamilton, P., Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1121-1137.

I would like to use the same instrument used in your study. I kindly ask you the original instrument and permission to translate and use this instrument. With your permission I would like to translate the instrument into Estonian and use it in my Master's thesis. When obtaining the use of this instrument, applicable copyright stipulations will be followed including the obligation to make known the source of the instrument.

Remaining at your disposal for any explanations or further information you may need.

Thank you in advance and kind regards.
Sincerely,
Helle Peterson

Department of Nursing Science
Institute of Family Medicine and Public Health
Faculty of Medicine
University of Tartu
19 Ravila Street, Tartu 50411, Estonia
E-mail: helle.peterson0@gmail.com

 **Maria Schubert** <maria.schubert@unibas.ch> 09.10.17 ★ ↶ ↷

saajale mina ▾

inglise ▾ > eesti ▾ **Tõlgi sõnum** [Lülita välja: inglise](#) ×

Dear Ms Peterson
Thank you for your interest in our BERNCA Instrument.

Herewith I give you the permission to use the original BERNCA attached in the context of your Master Thesis as described below.
We would like to ask you to cite us as the developer of the instrument in your reports/publications, and to use the following references, when citing the BERNCA questionnaire:
Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res*. 2007;56(6):416-424.
Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(4):227-23.

For your information

There is also a revised 32 item version of the BERNCA available, which we used in the following study. **Schubert** M, Ausserhofer D, Desmedt M, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—a cross sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):230-239.
Furthermore, we currently conducting a EU COST Action RANCARE, which is focusing on rationing and missed nursing care <https://www.rancare-action.eu/>

Kind regards
Maria Schubert

Dr. Maria Schubert | PhD, RN | Scientific Collaborator
Nursing Science (INS)
University of Basel | Faculty of Medicine | Department Public Health (DPH)
Bernoullistrasse 28, 4056 Basel | Switzerland
Email: maria.schubert@unibas.ch
www.nursing.unibas.ch

Directorate of Nursing/MTT | Insel Gruppe
Inselspital, University Hospital Bern,
Freiburgstr.44a | 3010 Bern | Switzerland
Tel: [+41 31 632 1062](tel:+41316321062) | Email: maria.schubert@insel.ch

From: Helle Peterson [mailto:helle.peterson0@gmail.com]
Sent: 04 October 2017 07:50
To: Maria Schubert <maria.schubert@unibas.ch>
Subject: Permission to translate and use the instrument "BERNCA"


(järgneb)

 **Helle Peterson** <helle.peterson0@gmail.com>
saajale Maria ▾

30.10.17 ☆ ↶ ▾

Dear Prof. Maria Schubert,

Thank You for Your quick response and permission to use the original BERNCA instrument. I did not know that there was a revised version. I analyzed the revised 32 item version of the BERNCA and it would help me to investigate the missed care phenomenon in Estonian context even better than the original BERNCA version. I would like to use the revised 32 item version instead of the original. So again, I kindly ask you the revised 32 item version of the BERNCA instrument and permission to translate and use this instrument. With your permission I would like to translate the instrument into Estonian and Russian and use it in my Master's thesis.

 **Maria Schubert** <maria.schubert@unibas.ch>
saajale mina ▾

05.11.17 ☆ ↶ ▾

inglise ▾ > eesti ▾ **Tõlgi sõnum**

Lülita välja: inglise ×

Dear Helle Peterson

Thank you for your reply. Please find attached the revised 32 item Version of the BERNCA. When using this version in the context of your Master Thesis, please refer to the condition (citation, references) listed in my other E-mail below.

Sincerely
Maria Schubert

Dr. Maria Schubert | PhD, RN | Scientific Collaborator
Nursing Science (INS)
University of Basel | Faculty of Medicine | Department Public Health (DPH)
Bernoullistrasse 28, 4056 Basel | Switzerland
Email: maria.schubert@unibas.ch
www.nursing.unibas.ch

Directorate of Nursing/MTT | Insel Gruppe
Inselspital, University Hospital Bern,
Freiburgstr.44a | 3010 Bern | Switzerland
Tel: [+41 31 632 1062](tel:+41316321062) | **Email:** maria.schubert@insel.ch

Lisa 4. BERNCA-R küsimustik eesti keeles

Lugupeetud õde!

Käesoleva küsimustikuga olete palutud osalema uurimistöös „Tegemata jäänud õendustegevused ning õdede töökorraldus Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades – läbilõikeline uurimus“. Töö eesmärgiks on kirjeldada tegemata jäänud õendustegevusi ning õdede töökorraldust Eesti regionaal- ja keskhaiglate kirurgiaosakondades ning selgitada seoseid tegemata jäänud õendustegevuste, õdede tausta ning osakonna töökorralduse vahel. Eestis ei ole uuritud tegemata jäänud õendustegevusi, ei ole teada, mil määral neid esineb ning kuidas need on seotud õdede tausta, osakonna profiili või õdede töökorraldusega osakonnas. Uurimistöö tulemuste põhjal oleks võimalik välja selgitada, missugused õendustegevused jäävad kõige sagedamini tegemata ning missugune on õdede töökorraldus konkreetsetes osakondades. Tulemuste põhjal saab teha järeldusi nii õendusabi osutamise kui ka juhtimise tasandil. Nimelt on võimalik selgitada välja, millised õendustegevused enam tähelepanu ja toetamist vajavad selleks, et tagada patsiendiohutus, kvaliteetne õendusabi, patsiendi rahulolu ja parim võimalik tervisetulem.

Uurimuses osalemine on vabatahtlik ja anonüümne. Teil on võimalus sellest soovi korral koheselt loobuda. Küsimustikus sisalduv info ei ole mingil ajal kättesaadav kõrvalistele isikutele. Teie isikut ei ole võimalik kindlaks teha ning elektroonses küsimustiku keskkonnas ei salvestu Teie nimi. Andmeid kasutatakse vaid üldistatuna. Küsimustiku täitmine võtab aega umbes 20 minutit. Andmete kogumine toimub perioodil 01.08.2018-31.10.2018. Uurimistöö valmib 2019. aasta detsembris. Seejärel antakse uurimistulemustest ülevaade kõigile uurimuses osalenud osakondadele.

Küsimuste ja ettepanekutega küsimustiku või uurimistöö kohta võite pöörduda uurimistöö läbiviija Helle Peterson poole telefonil +372 56865242 või e-mailil helle.peterson0@gmail.com

Tänan Teid vastuste ja panuse eest!

Lugupidamisega,

Helle Peterson

Tartu Ülikooli PeremeditSiini ja rahvatervishoiu instituudi õendusteaduse õppetooli magistriõppe
üliõpilane (järgneb)

Tabelis on esitatud 32 väidet, mis iseloomustavad tegemata jäänud õendustegevusi. Palun tehke rist lahtrisse, mis peegeldab juhtunud olukorda Teie jaoks kõige paremini. Palun vastake kindlasti kõikidele väidetele.

Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA) küsimustik KÜSIMUSED ÕENDUSTEGEVUSTE JA NENDE PRIORISEERIMISE KOHTA					
Kui tihti sinu viimase 7 tööpäeva jooksul juhtus, et ...	Tegevus polnud vajalik	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti
1) ... sa ei saanud teostada patsientidele vajalikku üldpesu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ... sa ei saanud teostada patsientidele vajalikku osalist pesu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ... sa ei saanud teostada patsientidele vajalikku nahahooldust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ... sa ei saanud teostada patsientidele vajalikku suuhooldust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ... sa ei saanud teostada patsientidele vajalikku hambapesu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ... sa ei saanud korralikult abistada patsiente, kes iseseisvalt söömisega toime ei tulnud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ... sa ei saanud vajalikul moel aktiveerida osalise liikumisvõimega või abistada liikumisvõimetuid patsiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ... sa ei saanud piiratud liikumisvõimega või liikumisvõimetute patsientide asendit muuta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ... sa ei saanud piisavalt kiiresti vahetada patsientide voodipesu, mis oli määratud uriini, väljaheite või oksemassiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ... sa ei saanud pakkuda patsiendile emotsionaalset või psühhosotsiaalset tuge, kuigi pidasid seda vajalikuks, nt seoses tema haigusest tulenevate hirmude ja ebakindlusega, sõltuvustundega.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ... sa ei saanud patsiendi või patsiendi perega vajalikel teemadel vestelda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) ... sa ei saanud patsienti piisavalt informeerida teda eesootavatest uuringutest või planeeritud raviprotseduuridest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt oma eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu panid patsientidele mähkme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu pidid paigaldama põie püsikateetri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) ... sa ei saanud läbi viia patsiendi aktiveerimist ja taastusravi protseduure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(järgneb)

Kui tihti sinu viimase 7 tööpäeva jooksul juhtus, et ...	Tegevus polnud vajalik	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti
16) ... sul ei olnud võimalik juhendada ja/või õpetada patsiente ja/või nende pereliikmeid, nt kuidas süstida insuliini, käituda või hakkama saada haigusega seotud sümptomitega (hüpoglükeemia, düspnoe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) ... sul ei olnud võimalik patsiente või nende pereliikmeid piisavalt ette valmistada, kuidas pärast haiglast välja kirjutamist toime tulla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui nende arst oli korraldanud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui ise olid vajalikuks pidanud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid kasutama füüsilist ohjeldamist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid neile rahusteid andma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) ... sa olid sunnitud viivitama patsiendile abi osutamisega, kui patsiendi seisund järsku muutus, kuna kutsutud arst saabus väga hilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) ... sa ei saanud määratud ravimit ja/või infusiooni manustada selleks ettenähtud ajal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) ... sa ei saanud patsientidel teostada vajalikku haavahooldust / vahetada sidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) ... sa ei saanud patsiente uuringuteks või raviprotseduurideks ette valmistada ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) ... sa pidid õe kutsunginuppu vajutanud patsiendi ootama jätma kauemaks kui 5 minutiks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) ... sa ei saanud teostada küllaldast kätehügieeni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) ... sa ei saanud teostada vajalikke desinfitseerimise meetmeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) ... sul ei olnud oma vahetuse alguses piisavalt aega, et tutvuda õendusplaanidega ja end patsientide seisundiga kurssi viia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) ... sul ei olnud võimalik oma osakonda saabunud patsientide vajadusi kindlaks teha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) ... sul ei olnud võimalik patsientidele õendusplaani koostada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) ... sa ei saanud piisavalt dokumenteerida ja hinnata koostatud õendusplaani täitmist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© BERNCA (Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument) parandatud versioon, Schubert et al, 2009.

Kontakt: maria.schubert@unibas.ch

(järgneb)

Taustaandmete küsimused

Palun Teil vastata kõikidele taustaandmeid ja töökorraldust puudutavatele küsimustele. Antud andmed aitavad kirjeldada seoseid tegemata jäänud õendustegevuste ja töökorralduse vahel. Valikvastuste puhul palun tõmmata ring ümber kõige sobivamale vastuse variandile.

1. Teie haridustase
 - 1) Keskeriharidus/kutseharidus
 - 2) Tasemeõppe teel saadud rakenduskõrgharidus
 - 3) Rakenduskõrgharidus
 - 4) Rakenduskõrgharidus + eriõe väljaõpe
 - 5) Magistriharidus
2. Olete õena töötanud praeguses üksuses _____ aastat
3. Olete õena töötanud kokku (kogu tööstaaž) _____ aastat.
4. Töötate antud töökohas koormusega:
 - 1) vähem kui 0,5 kohta
 - 2) 0,5 kohta
 - 3) 1,0 kohta
 - 4) Rohkem kui 1,0 kohta, täpsemalt _____ (*märkige numbriga*)
5. Teil on teises asutuses/üksuses lisakoormus:
 - 1) Teises asutuses/üksuses ei tööta
 - 2) vähem kui 0,5 kohta
 - 3) 0,5 kohta
 - 4) 1,0 kohta
 - 5) Rohkem kui 1,0 kohta, täpsemalt _____ (*märkige numbriga*)
6. Mis profiiliga (näiteks üldkirurgia, uroloogia jne) osakonnas Te töötate?

7. Osakonnas, kus töötate, on kokku _____ voodikohta.
8. Teie viimase vahetuse ajal oli osakonnas _____ patsienti.
9. Osakonnas, kus töötate, töötab kokku _____ õde.
10. Teie viimase vahetuse ajal oli tööl kokku _____ õde ja _____ hooldajat.
11. Viimase vahetuse töötasite
 - 1) päevase vahetuse ajal
 - 2) öise vahetuse ajal
 - 3) ööpäevase vahetuse ajal (24 tundi)

(järgneb)

12. Kui Teil jäi viimase vahetuse ajal midagi tegemata, siis mis põhjusel?

13. Missuguseid mitte-õdede tööülesandeid pidite oma viimase vahetuse ajal täitma?

Lisa 5. BERNCA-R küsimustik vene keeles

Уважаемая сестра!

С помощью этого опросника Вас приглашают участвовать в исследовательской работе на тему: «Организация работы сестер и невыполненные сестринские действия в хирургических отделениях региональных и центральных больниц Эстонии - обзорное исследование». Целью работы является описание организации сестринской работы и оставшихся невыполненными сестринских действий, а также выяснение взаимосвязи между невыполненными сестринскими действиями, опытом работы и образованием сестер, и организацией их работы в отделении. В Эстонии не было исследований о невыполненных сестринских действиях, неизвестно, в какой мере действия не выполняются, как это связано с опытом работы и образованием сестер, профилем отделения и организацией работы в нем сестер. На основе результатов данной исследовательской работы, можно будет выяснить, какие сестринские действия остаются чаще всего невыполненными и оценить организацию работы сестер в конкретных отделениях. Результаты послужат для выводов как на уровне оказания сестринской помощи так и на уровне ее руководства. Исходя из результатов, можно выяснить, каким сестринским действиям следует уделять больше внимания и упора, чтобы обеспечить безопасность пациентов, качественную сестринскую помощь, удовлетворенность пациентов и наилучший возможный результат, касающийся здоровья.

Участие в исследовании является добровольным и анонимным. У вас есть возможность при желании отказаться от участия. Информация, содержащаяся в опроснике, недоступна посторонним лицам. Ваша личность не может быть идентифицирована, а Ваше имя не будет сохраняться в электронной среде вопросника. Данные будут использоваться только в обобщенном виде. Заполнение вопросника занимает около 20 минут. Сбор данных будет проводиться в период с 01.08.2018 по 31.10.2018. Исследование будет завершено в декабре 2019 года. Затем всем участвовавшим в исследовании больницам будет представлен обзор результатов исследования.

По вопросам или предложениям, касающимся вопросника или исследовательской работы, Вы можете связаться с Хелле Петерсон по телефону +372 56865242 или по электронной почте helle.peterson0@gmail.com

Благодарю Вас за Ваш вклад и Ваши ответы!

С уважением, Хелле Петерсон

Студент магистратуры кафедры сестринского дела Тартуского Университета в области семейной медицины и здравоохранения

(järgneb)

Далее приведены 32 утверждения, которые характеризуют оставшуюся невыполненной сестринскую деятельность. Пожалуйста, отметь крестиком в графе, которая содержит правильный вариант ответа, на ваш взгляд. Пожалуйста ответьте обязательно на все утверждения.

Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA)					
ВОПРОСЫ ПО СЕСТРИНСКИМ ДЕЙСТВИЯМ И ВАЖНОСТЬ ИХ ЗНАЧЕНИЯ					
Как часто это происходило за последние 7 рабочих дней, что...	действий не требуется	Никогда	Редко	Иногда	Часто
1) ... вы не смогли выполнить необходимое полное мытье пациентов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ... вы не смогли выполнить частичное мытье пациентов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ... вы не смогли выполнить необходимый уход за кожей пациентов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ... вы не смогли выполнить необходимый уход полости рта пациентов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ... вы не смогли выполнить необходимую чистку зубов пациентов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ... вы не смогли должным образом помочь пациентам кушать, кто не может сделать это самостоятельно?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ... вы не смогли активизировать пациента с ограниченной возможностью двигаться или с полной потерей движения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ... вы не смогли изменить положение пациентов, кто имеет ограниченную возможность двигаться или способность передвигаться?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ... вы не смогли в течение достаточного времени (достаточно быстро) поменять постельное белье пациента, которое было испачкано мочой, калом или рвотными массами?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ... вы не смогли оказать эмоциональную и психосоциальную поддержку пациенту, хотя это считалось необходимым? Например, в случае вызванных его болезнью страхами, отсутствием безопасности, зависимостью от других.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ... вы не смогли общаться с пациентом/родственниками пациента на необходимые темы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) ... вы не смогли должным образом проинформировать пациента о назначенных анализах или планируемых обследованиях?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ... вы не смогли обучить пациента в процессе мочеиспускания и/или дефекации и поэтому поставили пациенту памперс?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ... вы не смогли обучить пациента пользоваться туалетом или судном и поэтому поставили пациенту мочевой катетер?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) ... вы не смогли провести активизацию пациента или приёмы восстановительного лечения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(järgneb)

Как часто случалась ситуация за последние 7 рабочих дней, что...	действий не требуется	Никогда	Редко	Иногда	Часто
16) ... у вас не было возможности научить пациента и/или членов семьи пациента? Например, инъекции инсулином, поведению или преодолению различных симптомов во время (гипогликемия, одышка и т. д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) ... у вас не было возможности дать в достаточной мере рекомендаций пациенту или членам его семьи, как справляться после выписки из больницы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) ... у вас не было возможности наблюдать за пациентами в той мере, как это было предписано врачом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) ... у вас не было возможности наблюдать за пациентами в той мере, как вы сочли бы необходимым?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) ... у вас не было возможности в достаточной мере наблюдать за пациентами в психозе и поэтому пришлось использовать физическое ограничение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) ... у вас не было возможности в достаточной мере наблюдать за пациентами в психозе и по этой причине были вынуждены дать успокоительные препараты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) ... вы были вынуждены отложить необходимые меры по оказанию помощи пациенту с внезапным изменением состояния, потому что вызванный врач прибыл слишком поздно?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) ... у вас не было возможности дать пациенту в рекомендуемое время назначенные лекарства/сделать инфузию?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) ... вы не смогли выполнить уход за раной/заменить повязку у пациентов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) ...вы не смогли подготовить пациентов к обследованию и/или лечению?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) ... вы оставили пациентов ждать более чем на 5 минут, когда они нажали кнопку вызова сестры?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) ... вы не смогли выполнять надлежащую гигиену рук?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) ... вы не смогли следовать необходимым мерам дезинфекции?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) ... у вас не было достаточно времени, чтобы ознакомиться с сестринским планом и быть в курсе о состоянии пациентов в начале рабочей смены?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) ... у вас не было возможности определить потребности пациентов, поступивших в отделение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) ... у вас не было возможности составить сестринские планы пациентов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) ... вы не смогли в достаточной мере документировать и оценить выполнение составленных сестринских планов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© BERNCA (Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument) revised version, Schubert et al, 2009. Contact:

maria.schubert@unibas.ch

(järgneb)

Вопросы связанные с исходными данными

Прошу ответить на все вопросы, связанные с исходными данными и касающиеся организации труда. Эти данные помогут описать взаимосвязь между организацией труда и невыполненной сестринской деятельностью. При выборе ответа пожалуйста, обведите кружком наиболее подходящий вариант ответа.

1. Уровень Вашего образования:

- 1) средне-специальное образование/профессиональное образование
- 2) уровень образования, полученное на базе прикладного высшего образования
- 3) прикладное высшее образование
- 4) прикладное высшее образование + подготовка сестры по специализированной программе
- 5) магистратура

2. Сестрой работаю в настоящем отделении _____ лет.

3. Сестрой работаю всего (общий стаж) _____ лет.

4. Работаю на данном месте работы с нагрузкой:

- 1) меньше чем 0,5 ставки
- 2) на 0,5 ставки
- 3) на 1,0 ставку
- 4) больше чем на 1,0 ставку, точнее _____ (отметьте цифрой)

5. У Вас в другом учреждении/отделении дополнительная нагрузка:

- 1) в другом учреждении/отделении не работаю
- 2) меньше чем 0,5 ставки
- 3) на 0,5 ставки
- 4) на 1,0 ставку
- 5) больше чем 1,0 ставку, точнее _____ (отметьте цифрой)

6. В отделении какого профиля (например общая хирургия, урология и т.д) Вы работаете?

7. В отделении, где я работаю всего _____ койко-мест.

8. Во время последней смены в отделении было _____ пациентов.

9. В отделении, где я работаю, всего работает _____ сестра/ сестры.

10. На работе во время последней смены всего было _____ сестра/сестры и _____ сестра/сестры по уходу.

(järgneb)

11. Последняя отработанная смена была:

- 1) дневная смена
- 2) ночная смена
- 3) круглосуточная смена (24 часа)

12. Если у Вас осталось что-то невыполненным во время последней смены, тогда по какой причине?

13. Какие несестринские рабочие обязанности Вы обязаны были выполнять во время своей последней смены?

Lisa 6. Prooviuurimuse lisaküsimused

Prooviuurimuse lisaküsimused eesti keeles

1. Millised küsimused/väited või sõnad olid raskesti mõistetavad? *(Märkige küsimuse/väite number ja/või sõna.)*

2. Millised küsimused/väited olid halvasti sõnastatud? *(Märkige küsimuse/väite number.)*

3. Millistele küsimustele/väidetele oli raske vastata? *(Märkige küsimuse/väite number.)*

Põhjendage, miks oli raske vastata?

4. Kas mõni küsimus/väide oli puudu? *(Märkide ristiga sobiv vastusevariant.)*

☐ Ei ☐ Jah*

*** Kui vastasite jah, siis mida peaks veel küsima?**

5. Kas mõni küsimus/väide oli üleliigne või sobimatu? *(Märkide ristiga sobiv vastusevariant.)*

☐ Ei ☐ Jah*

*** Kui vastasite jah, siis mida peaks välja jätma?** *(Märkige küsimuse/väite number.)*

(järgneb)

Põhjendage, miks selle küsimuse/väite peaks välja jätta?

6. Kui kaua minutites võttis küsimustiku täitmine aega?

7. Mida soovite lisada küsimustiku või selle täitmise kohta?

Prooviuurimuse küsimused vene keeles

1. Какие вопросы/утверждения были непонятными? (Отметьте номер вопроса/утверждения и/или слово.)

2. Какие вопросы/утверждения были плохо сформулированы? (Отметьте номер вопроса/утверждения.)

3. На какие вопросы/утверждения было сложно ответить? (Отметьте номер вопроса/утверждения).

Объясните, почему было трудно ответить?

(järgneb)

4. Отсутствовал ли какой-либо вопрос/утверждение? (Отметьте крестиком подходящий вариант ответа.)

☐ Нет ☐ Да *

*** Если ответили Да, то что, по Вашему мнению, нужно было спросить еще?**

5. Был ли какой-либо вопрос/утверждение лишним или неподходящим? (Отметьте крестиком подходящий вариант ответа.)

☐ Нет ☐ Да *

*** Если ответили Да, то что нужно исключить? (Отметьте номер вопроса/утверждения.)**

Обоснуйте, почему этот вопрос/утверждение нужно исключить.?

6. Сколько времени в минутах заняло заполнение вопросника?

7. Что вы можете добавить в отношении вопросника или его заполнения?

Lisa 7. Analüüsiva statistika tulemused tegemata jäänud õendustegevuste, uuritavate tausta ning töökorralduslike tunnuste kohta

Tabel 13. Tegemata jäänud õendustegevuste seosed õdede haridustasemega

Tegemata jäänud õendustegevus	Õdede haridustase					p-väärtus (Fischeri täpne test)
	Keskeri/ kutseharidus	Tasemeõppe rakendus- kõrgharidus	Rakendus- kõrgharidus	Rakendus- kõrgharidus + eriõe väljaõpe	Magistri- haridus	
	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	
1) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku üldpesu?	0 (0)	2 (6,9)	1 (1,0)	4 (23,5)	0 (0)	p=0,004
2) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku osalist pesu?	0 (0)	0 (0)	1 (1,0)	0 (0)	0 (0)	p=1,000
3) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku nahahooldust?	0 (0)	1 (3,5)	7 (7,1)	1 (5,9)	1 (25,0)	p=0,331
4) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku suuhooldust?	2 (10,0)	2 (6,9)	4 (4,0)	1 (5,9)	0 (0)	p=0,603
5) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku hambapesu?	1 (5,0)	3 (10,3)	5 (5,1)	1 (5,9)	1 (25,0)	p=0,366
6) ... ei saanud korralikult abistada patsiente, kes iseseisvalt söömisega toime ei tulnud?	1 (5,0)	3 (10,3)	5 (5,1)	4 (23,5)	0 (0)	p=0,121
7) ... sa ei saanud vajalikul moel aktiveerida osalise liikumisvõimega või abistada liikumisvõimetuid patsiente?	7 (35,0)	18 (62,1)	40 (40,4)	7 (41,2)	1 (25,0)	p= 0,237
8) ... sa ei saanud piiratud liikumisvõimega või liikumisvõimetute patsientide asendit muuta?	7 (35,0)	16 (55,2)	32 (32,3)	2 (11,8)	1 (25,0)	p= 0,06
9) ... sa ei saanud piisavalt kiiresti vahetada patsientide voodipesu, mis oli määratud uriini, väljaheite või oksemassiga?	2 (10,0)	2 (6,9)	3 (3,0)	3 (17,6)	0 (0)	p= 0,102
10) ... sa ei saanud pakkuda patsiendile emotsionaalset või psühhosotsiaalset tuge, kuigi pidasid seda vajalikuks, nt seoses tema haigusest tulenevate hirmude ja ebakindlusega, sõltuvustundega.	7 (35,0)	26 (86,7)	62 (62,6)	6 (32,3)	1 (25,0)	p<0,001
11) ... sa ei saanud patsiendi või patsiendi perega vajalikel teemadel vestelda?	4 (20,0)	27 (93,1)	63 (63,4)	12 (70,6)	1 (25,0)	p<0,001
12) ... sa ei saanud patsienti piisavalt informeerida teda eesootavatest uuringutest või planeeritud ravi protseduuridest?	2 (10,0)	17 (58,6)	30 (30,3)	7 (41,2)	1 (25,0)	p= 0,005
13) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt oma eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu panid patsientidele mähkme?	4 (20,0)	2 (6,9)	5 (5,1)	5 (29,4)	0 (0)	p= 0,013
14) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu pidid paigaldama põie püsikateetri?	3(15,0)	2 (6,9)	2 (2,0)	4 (23,5)	0 (0)	p= 0,006

(järgneb)

15) ... sa ei saanud läbi viia patsiendi aktiveerimist ja taastusravi protseduure?	5 (25,0)	24 (82,8)	49 (49,5)	8 (47,1)	1 (25,0)	p<0,001
16) ... sul ei olnud võimalik juhendada ja/või õpetada patsiente ja/või nende pereliikmeid, nt kuidas süstida insuliini, käituda või hakkama saada haigusega seotud sümptomitega (hüpoglükeemia, düspnoe)?	5 (25,0)	21 (72,4)	45 (45,5)	1 (5,9)	0 (0)	p<0,001
17) ... sul ei olnud võimalik patsiente või nende pereliikmeid piisavalt ette valmistada, kuidas pärast haiglast välja kirjutamist toime tulla?	5 (25,0)	26 (89,7)	60 (60,6)	5 (29,4)	0 (0)	p<0,001
18) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui nende arst oli korraldanud?	6 (30,0)	15 (51,7)	33 (33,3)	8 (47,1)	1 (25,0)	p= 0,322
19) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui ise olid vajalikuks pidanud?	5 (25,0)	15 (51,7)	39 (39,4)	10 (58,8)	2 (50,0)	p= 0,197
20) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid kasutama füüsilist ohjeldamist?	6 (30,0)	10 (34,5)	30 (30,3)	6 (35,3)	1 (25,0)	p= 0,980
21) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid neile rahusteid andma?	8 (40,0)	22 (75,9)	53 (53,5)	9 (52,9)	1 (25,0)	p= 0,065
22) ... sa olid sunnitud viivitama patsiendile abi osutamisega, kui patsiendi seisund järsku muutus, kuna kutsutud arst saabus väga hilja?	6 (30,0)	15 (51,7)	23 (23,2)	4 (23,5)	0 (0)	p= 0,038
23) ... sa ei saanud määratud ravimit ja/või infusiooni manustada selleks ettenähtud ajal?	6 (30,0)	21 (72,4)	44 (44,4)	6 (35,3)	1 (25,0)	p= 0,016
24) ... sa ei saanud patsientidel teostada vajalikku haavahooldust / vahetada sidet?	3 (15,0)	22 (75,9)	40 (40,4)	3 (17,7)	0 (0)	p<0,001
25) ... sa ei saanud patsiente uuringuteks või raviprotseduurideks ette valmistada ?	1 (5,0)	3 (10,3)	5 (5,1)	2 (11,8)	0 (0)	p= 0,602
26) ... sa pidid õe kutsunginuppu vajutanud patsiendi ootama jätma kauemaks kui 5 minutiks?	4 (20,0)	23 (79,3)	53 (53,4)	5 (29,4)	0 (0))	p<0,001
27) ... sa ei saanud teostada küllaldast kätehügieeni?	1 (5,0)	3 (10,3)	7 (7,1)	1 (5,9)	0 (0)	p= 0,943
28) ... sa ei saanud teostada vajalikke desinfitseerimise meetmeid?	1 (5,0)	2 (6,9)	5 (5,1)	0 (0)	0 (0)	p= 0,943
29) ... sul ei olnud oma vahetuse alguses piisavalt aega, et tutvuda õendusplaanidega ja end patsientide seisundiga kurssi viia?	5 (25,0)	24 (82,8)	53 (53,4)	7 (41,2)	1 (25,0)	p<0,001
30) ... sul ei olnud võimalik oma osakonda saabunud patsientide vajadusi kindlaks teha?	7 (35,0)	19 (65,52)	48 (48,5)	9 (52,9)	0 (0)	p= 0,070
31) ... sul ei olnud võimalik patsientidele õendusplaani koostada?	5 (25,0)	23 (79,3)	53 (53,4)	5 (29,4)	1 (25,0)	p<0,001
32) ... sa ei saanud piisavalt dokumenteerida ja hinnata koostatud õendusplaani täitmist?	4 (20,0)	26 (89,7)	62 (62,6)	6 (32,3)	0 (0)	p<0,001

(järgneb)

Tabel 14. Tegemata jäänud õendustegevuste seosed õdede tööstaaziga praeguses üksuses

Tegemata jäänud õendustegevus	Õena töötatud tööstaaz aastates praeguses üksuses					p-väärtus (Fischeri täpne test)
	< 5 aastat	5-10 aastat	11-20 aastat	21-30 aastat	31-40 aastat	
	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	
1) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku üldpesu?	0 (0)	1 (1,9)	1(2,0)	5 (8,2)	0 (0)	p= 0,402
2) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku osalist pesu?	0 (0)	0 (0)	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	p= 0,331
3) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku nahahooldust?	0 (0)	3 (5,8)	2 (4,0)	5 (8,2)	0 (0)	p= 0,806
4) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku suuhooldust?	0 (0)	0 (0)	2 (4,0)	7 (11,5)	0 (0)	p= 0,080
5) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku hambapesu?	0 (0)	2 (3,8)	1 (2,0)	8 (13,1)	0 (0)	p= 0,176
6) ... ei saanud korralikult abistada patsiente, kes iseseisvalt söömisega toime ei tulnud?	0 (0)	1 (1,9)	1 (2,0)	11 (18,0)	0 (0)	p= 0,008
7) ... sa ei saanud vajalikul moel aktiveerida osalise liikumisvõimega või abistada liikumisvõimetuid patsiente?	0 (0)	27 (51,9)	23 (46,0)	23 (37,7)	0 (0)	p= 0,111
8) ... sa ei saanud piiratud liikumisvõimega või liikumisvõimetute patsientide asendit muuta?	0 (0)	24 (46,1)	19 (38,0)	15 (24,6)	0 (0)	p= 0,043
9) ... sa ei saanud piisavalt kiiresti vahetada patsientide voodipesu, mis oli määratud uriini, väljaheite või oksemassiga?	0 (0)	3 (5,8)	2 (4,0)	5 (8,2)	0 (0)	p= 0,806
10) ... sa ei saanud pakkuda patsiendile emotsionaalset või psühhosotsiaalset tuge, kuigi pidasid seda vajalikuks, nt seoses tema haigusest tulenevate hirmude ja ebakindlusega, sõltuvustundega.	1 (100,0)	42(80,8)	33 (66,0)	26 (42,6)	0 (0)	p<0,001
11) ... sa ei saanud patsiendi või patsiendi perega vajalikel teemadel vestelda?	1 (100,0)	43 (82,7)	34 (68,0)	29 (47,5)	0 (0)	p<0,001
12) ... sa ei saanud patsienti piisavalt informeerida teda eesootavatest uuringutest või planeeritud raviprotseduuridest?	0 (0)	25 (48,1)	17 (24,0)	15 (24,6)	0 (0)	p= 0,031
13) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt oma eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu panid patsientidele mähkme?	0 (0)	3 (5,8)	4 (8,0)	9 (14,8)	0 (0)	p= 0,469
14) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu pidid paigaldama põie püsikateetri?	0 (0)	2 (3,8)	3 (6,0)	6 (9,8)	0 (0)	p= 0,616
15) ... sa ei saanud läbi viia patsiendi aktiveerimist ja taastusravi protseduure?	0 (0)	37 (71,2)	30 (60,0)	20 (32,8)	0 (0)	p<0,001
16) ... sul ei olnud võimalik juhendada ja/või õpetada patsiente ja/või nende pereliikmeid, nt kuidas süstida insuliini, käituda või hakkama saada haigusega seotud sümptomitega (hüpoglükeemia, düspnoe)?	0 (0)	32 (61,54)	26 (52,0)	14 (22,9)	0 (0)	p<0,001
17) ... sul ei olnud võimalik patsiente või nende pereliikmeid piisavalt ette valmistada, kuidas pärast haiglast välja kirjutamist toime tulla?	1 (100,0)	41 (78,9)	31 (62,0)	23 (37,7)	0 (0)	p<0,001
18) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui nende arst oli korraldanud?	1 (100,0)	23 (44,2)	24 (48,0)	15 (24,6)	0 (0)	p= 0,009

(järgneb)

19) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui ise olid vajalikuks pidanud?	1 (100,0)	25 (48,1)	24 (48,0)	21 (34,4)	0 (0)	p= 0,073
20) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid kasutama füüsilist ohjeldamist?	1 (100,0)	17 (32,7)	14 (28,0)	21 (32,4)	0 (0)	p= 0,325
21) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid neile rahusteid andma?	0 (0)	33 (63,5)	28 (56,0)	28 (45,9)	4 (80,0)	p= 0,181
22) ... sa olid sunnitud viivitama patsiendile abi osutamisega, kui patsiendi seisund järsku muutus, kuna kutsutud arst saabus väga hilja?	0 (0)	20 (38,5)	14 (28,0)	14 (22,9)	0 (0)	p= 0,222
23) ... sa ei saanud määratud ravimit ja/või infusiooni manustada selleks ettenähtud ajal?	1 (100,0)	34 (65,4)	25 (50,0)	18 (29,5)	0 (0)	p<0,001
24) ... sa ei saanud patsientidel teostada vajalikku haavahooldust / vahetada sidet?	1 (100,0)	29 (55,8)	26 (52,0)	12 (19,7)	0 (0)	p<0,001
25) ... sa ei saanud patsiente uuringuteks või raviprotseduurideks ette valmistada ?	0 (0)	5 (9,6)	6 (12,0)	0 (0)	0 (0)	p= 0,036
26) ... sa pidid õe kutsunginuppu vajutanud patsiendi ootama jätma kauemaks kui 5 minutiks?	1 (100,0)	42 (80,8)	27 (54,0)	15 (24,6)	0 (0)	p<0,001
27) ... sa ei saanud teostada küllaldast kätehügieeni?	0 (0)	2 (3,9)	4 (8,0)	6 (9,3)	0 (0)	p= 0,672
28) ... sa ei saanud teostada vajalikke desinfitseerimise meetmeid?	0 (0)	0 (0)	3 (6,0)	5 (8,2)	0 (0)	p= 0,194
29) ... sul ei olnud oma vahetuse alguses piisavalt aega, et tutvuda õendusplaanidega ja end patsientide seisundiga kurssi viia?	1 (100,0)	34 (65,4)	31 (62,0)	24 (39,3)	0 (0)	p= 0,001
30) ... sul ei olnud võimalik oma osakonda saabunud patsientide vajadusi kindlaks teha?	0 (0)	32 (61,4)	28 (56,0)	23 (37,7)	0 (0)	p= 0,005
31) ... sul ei olnud võimalik patsientidele õendusplaani koostada?	1 (100,0)	38 (73,1)	31 (62,0)	17 (27,8)	0 (0)	p<0,001
32) ... sa ei saanud piisavalt dokumenteerida ja hinnata koostatud õendusplaani täitmist?	1 (100,0)	40 (76,9)	34 (68,0)	23 (37,7)	0 (0)	p<0,001

Tabel 15. Tegemata jäänud õendustegevuste seosed õdede kogu tööstaažiga tervishoius

Tegemata jäänud õendustegevus	Õena töötatud kogu tööstaaž tervishoius						p-väärtus (Fischeri täpne test)
	< 5 aastat	5-10 aastat	11-20 aastat	21-30 aastat	31-40 aastat	>40 aastat	
	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	
1) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku üldpesu?	0 (0)	0 (0)	1 (2,0)	5 (8,6)	0 (0)	1 (33,3)	p= 0,052
2) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku osalist pesu?	0 (0)	1 (2,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	p= 0,367
3) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku nahahooldust?	0 (0)	4 (8,7)	3 (2,1)	2 (3,5)	1 (8,3)	0 (0)	p= 0,677
4) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku suuhooldust?	0 (0)	2 (4,4)	0 (0)	5 (8,6)	1 (8,3)	1 (33,3)	p= 0,060

(järgneb)

5) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku hambapesu?	0 (0)	4 (8,7)	1 (2,0)	4 (6,9)	1 (8,3)	1 (33,3)	p= 0,235
6) ... ei saanud korralikult abistada patsiente, kes iseseisvalt söömisega toime ei tulnud?	0 (0)	4 (8,7)	2 (4,1)	6 (10,3)	1 (8,3)	0 (0)	p= 0,751
7) ... sa ei saanud vajalikul moel aktiveerida osalise liikumisvõimega või abistada liikumisvõimetuid patsiente?	0 (0)	21 (45,7)	24 (50,0)	25 (43,1)	3 (25,0)	0 (0)	p= 0,418
8) ... sa ei saanud piiratud liikumisvõimega või liikumisvõimetute patsientide asendit muuta?	0 (0)	18 (39,1)	16 (36,7)	20 (34,5)	2 (16,7)	0 (0)	p= 0,603
9) ... sa ei saanud piisavalt kiiresti vahetada patsientide voodipesu, mis oli määratud uriini, väljaheite või oksemassiga?	0 (0)	2 (4,4)	2 (4,1)	5 (8,6)	1 (8,3)	0 (0)	p= 0,725
10) ... sa ei saanud pakkuda patsiendile emotsionaalset või psühhosotsiaalset tuge, kuigi pidasid seda vajalikuks, nt seoses tema haigusest tulenevate hirmude ja ebakindlusega, sõltuvustundega.	1 (100,0)	31 (67,4)	38 (77,6)	27 (46,6)	4 (33,3)	1 (33,3)	p= 0,002
11) ... sa ei saanud patsiendi või patsiendi perega vajalikel teemadel vestelda?	1 (100,0)	33 (71,7)	38 (77,6)	31 (53,4)	3 (25,0)	1 (33,3)	p= 0,002
12) ... sa ei saanud patsienti piisavalt informeerida teda eesootavatest uuringutest või planeeritud raviprotseduuridest?	0 (0)	17 (37,0)	19 (38,8)	19 (32,8)	1 (8,3)	1 (33,3)	p= 0,389
13) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt oma eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu panid patsientidele mähkme?	0 (0)	2 (4,4)	2 (4,1)	8 (13,8)	4 (33,3)	0 (0)	p= 0,038
14) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu pidid paigaldama põie püsikateetri?	0 (0)	1 (2,2)	2 (4,1)	6 (10,3)	2 (16,7)	0 (0)	p= 0,261
15) ... sa ei saanud läbi viia patsiendi aktiveerimist ja taastusravi protseduure?	0 (0)	23 (50,0)	34 (69,4)	26 (44,8)	3 (25,0)	1 (33,3)	p= 0,018
16) ... sul ei olnud võimalik juhendada ja/või õpetada patsiente ja/või nende pereliikmeid, nt kuidas süstida insuliini, käituda või hakkama saada haigusega seotud sümptomitega (hüpoglükeemia, düspnoe)?	0 (0)	22 (47,8)	29 (59,2)	19 (32,8)	2 (16,7)	0 (0)	p= 0,008
17) ... sul ei olnud võimalik patsiente või nende pereliikmeid piisavalt ette valmistada, kuidas pärast haiglast välja kirjutamist toime tulla?	1 (100,0)	33 (71,7)	35 (71,4)	24 (41,4)	2 (16,7)	1 (33,3)	p<0,001

(järgneb)

18) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui nende arst oli korraldanud?	1 (100,0)	14 (30,4)	25 (51,0)	20 (34,5)	3 (25,0)	0 (0)	p=0,096
19) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui ise olid vajalikuks pidanud?	1 (100,0)	19 (41,3)	25 (51,0)	22 (37,9)	3 (25,0)	1 (33,3)	p=0,425
20) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid kasutama füüsilist ohjeldamist?	1 (100,0)	15 (32,6)	16 (32,7)	17 (29,3)	4 (33,3)	0 (0)	p=0,701
21) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid neile rahusteid andma?	0 (0)	26 (56,5)	30 (61,22)	26 (44,8)	10 (83,3)	1 (33,3)	p=0,081
22) ... sa olid sunnitud viivitama patsiendile abi osutamisega, kui patsiendi seisund järsku muutus, kuna kutsutud arst saabus väga hilja?	0 (0)	10 (21,7)	16 (32,7)	18 (31,0)	3 (25,0)	1 (33,3)	p=0,824
23) ... sa ei saanud määratud ravimit ja/või infusiooni manustada selleks ettenähtud ajal?	1 (100,0)	21 (45,7)	29 (59,2)	23 (39,7)	4 (33,3)	0 (0)	p=0,101
24) ... sa ei saanud patsientidel teostada vajalikku haavahooldust / vahetada sidet?	1 (100,0)	17 (37,0)	28 (57,1)	19 (32,8)	3 (25,0)	0 (0)	p=0,049
25) ... sa ei saanud patsiente uuringuteks või raviprotseduurideks ette valmistada ?	0 (0)	2 (4,4)	7 (14,3)	1 (1,7)	1 (8,3)	0 (0)	p=0,134
26) ... sa pidid õe kutsunginuppu vajutanud patsiendi ootama jätma kauemaks kui 5 minutiks?	1 (100,0)	29 (63,0)	32 (65,3)	21 (36,2)	2 (16,7)	0 (0)	p<0,001
27) ... sa ei saanud teostada küllaldast kätehügieeni?	0 (0)	4 (8,7)	5 (10,2)	2 (3,5)	0 (0)	1 (33,3)	p=0,253
28) ... sa ei saanud teostada vajalikke desinfitseerimise meetmeid?	0 (0)	3 (6,5)	2 (4,1)	0 (0)	2 (16,7)	1 (33,3)	p=0,019
29) ... sul ei olnud oma vahetuse alguses piisavalt aega, et tutvuda õendusplaanidega ja end patsientide seisundiga kurssi viia?	1 (100,0)	26 (56,5)	34 (69,4)	24 (41,4)	4 (33,3)	1 (33,3)	p=0,020
30) ... sul ei olnud võimalik oma osakonda saabunud patsientide vajadusi kindlaks teha?	0 (0)	25 (54,4)	31 (63,3)	23 (39,7)	4 (33,3)	0 (0)	p=0,030
31) ... sul ei olnud võimalik patsientidele õendusplaani koostada?	1 (100,0)	26 (56,5)	35 (71,4)	3 (25,0)	22 (37,9)	0 (0)	p=0,001
32) ... sa ei saanud piisavalt dokumenteerida ja hinnata koostatud õendusplaani täitmist?	1 (100,0)	31 (67,4)	37 (75,5)	24 (41,4)	5 (41,7)	0 (0)	p<0,001

(järgneb)

Tabel 16. Tegemata jäänud õendustegevuste seosed patsientide arvuga õe kohta

Tegemata jäänud õendustegevus	Patsientide arv õe kohta viimase vahetuse ajal				p-väärtus (Fischeri täpne test)
	4-6	7-9	10-12	13-15	
	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	
1) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku üldpesu?	2 (3,6)	2 (2,7)	3 (8,6)	0 (0)	p=0,468
2) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku osalist pesu?	1 (1,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	p=0,556
3) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku nahahooldust?	2 (3,6)	4 (5,3)	3 (8,6)	1 (25,0)	p=0,223
4) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku suuhooldust?	2 (3,6)	6 (8,0)	1 (2,9)	0 (0)	p=0,592
5) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku hambapesu?	3 (5,5)	6 (8,0)	1 (2,9)	1 (25,0)	p=0,348
6) ... ei saanud korralikult abistada patsiente, kes iseseisvalt söömisega toime ei tulnud?	4 (7,3)	6 (6,7)	4 (11,4)	0 (0)	p=0,782
7) ... sa ei saanud vajalikul moel aktiveerida osalise liikumisvõimega või abistada liikumisvõimetuid patsiente?	15 (27,3)	36 (48,0)	20 (57,1)	2 (50,0)	p=0,017
8) ... sa ei saanud piiratud liikumisvõimega või liikumisvõimetute patsientide asendit muuta?	13 (23,6)	30 (40,0)	15 (42,9)	0 (0)	p=0,072
9) ... sa ei saanud piisavalt kiiresti vahetada patsientide voodipesu, mis oli määratud uriini, väljaheite või oksemassiga?	3 (5,5)	6 (8,0)	1 (2,9)	0 (0)	p=0,767
10) ... sa ei saanud pakkuda patsiendile emotsionaalset või psühhosotsiaalset tuge, kuigi pidasid seda vajalikuks, nt seoses tema haigusest tulenevate hirmude ja ebakindlusega, sõltuvustundega.	20 (36,4)	53 (70,7)	26 (74,3)	3 (75,0)	p<0,001
11) ... sa ei saanud patsiendi või patsiendi perega vajalikel teemadel vestelda?	23 (41,8)	54 (72,0)	28 (80,0)	2 (50,0)	p<0,001
12) ... sa ei saanud patsienti piisavalt informeerida teda eesootavatest uuringutest või planeeritud raviprotseduuridest?	15 (27,3)	28 (37,3)	12 (34,3)	2 (50,0)	p=0,551
13) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt oma eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu panid patsientidele mähkme?	4 (7,3)	6 (8,0)	6 (17,1)	0 (0)	p=0,403
14) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu pidid paigaldama põie püsikateetri?	4 (7,3)	3 (4,0)	4 (11,4)	0 (0)	p=0,469
15) ... sa ei saanud läbi viia patsiendi aktiveerimist ja taastusravi protseduure?	13 (23,6)	47 (62,7)	25 (71,4)	2 (50,0)	p<0,001
16) ... sul ei olnud võimalik juhendada ja/või õpetada patsiente ja/või nende pereliikmeid, nt kuidas süstida insuliini, käituda või hakkama saada haigusega seotud sümptomitega (hüpopglükeemia, düspnoe)?	13 (23,6)	40 (53,3)	19 (54,3)	0 (0)	p=0,001
17) ... sul ei olnud võimalik patsiente või nende pereliikmeid piisavalt ette valmistada, kuidas pärast haiglast välja kirjutamist toime tulla?	20 (36,4)	73 (70,7)	22 (62,9)	1 (25,0)	p<0,001
18) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui nende arst oli korraldanud?	13 (23,6)	35 (46,7)	13 (37,1)	2 (50,0)	p=0,043
19) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui ise olid vajalikuks pidanud?	19 (34,6)	36 (48,0)	13 (37,1)	3 (75,0)	p=0,213
20) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid kasutama füüsilist ohjeldamist?	9 (16,4)	28 (37,3)	14 (40,0)	2 (50,0)	p=0,018
21) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid neile rahusteid andma?	19 (34,6)	48 (64,0)	24 (68,6)	2 (50,0)	p=0,001

(järgneb)

22) ... sa olid sunnitud viivitama patsiendile abi osutamisega, kui patsiendi seisund järsku muutus, kuna kutsutud arst saabus väga hilja?	12 (21,8)	27 (36,0)	9 (25,7)	0 (0)	p=0,207
23) ... sa ei saanud määratud ravimit ja/või infusiooni manustada selleks ettenähtud ajal?	15 (25,5)	44 (58,7)	19 (54,3)	1 (25,0)	p=0,001
24) ... sa ei saanud patsientidel teostada vajalikku haavahooldust / vahetada sidet?	10 (18,2)	41 (54,7)	17 (48,6)	0 (0)	p<0,001
25) ... sa ei saanud patsiente uuringuteks või raviprotseduurideks ette valmistada ?	5 (9,1)	5 (6,7)	1 (2,9)	0 (0)	p=0,701
26) ... sa pidid öe kutsunginuppu vajutanud patsiendi ootama jätma kauemaks kui 5 minutiks?	12 (21,8)	48 (64,0)	24 (68,6)	1 (25,0)	p<0,001
27) ... sa ei saanud teostada küllaldast kätehügieeni?	7 (12,7)	4 (5,3)	0 (0)	1 (25,0)	p=0,039
28) ... sa ei saanud teostada vajalikke desinfitseerimise meetmeid?	5 (9,1)	2 (2,7)	0 (0)	1 (25,0)	p=0,043
29) ... sul ei olnud oma vahetuse alguses piisavalt aega, et tutvuda õendusplaanidega ja end patsientide seisundiga kurssi viia?	22 (40,0)	46 (61,3)	19 (54,3)	3 (75,0)	p=0,043
30) ... sul ei olnud võimalik oma osakonda saabunud patsientide vajadusi kindlaks teha?	17 (30,9)	43 (57,3)	22 (62,9)	1 (25,0)	p=0,003
31) ... sul ei olnud võimalik patsientidele õendusplaani koostada?	17 (30,9)	47 (62,7)	21 (60,0)	2 (50,0)	p=0,002
32) ... sa ei saanud piisavalt dokumenteerida ja hinnata koostatud õendusplaani täitmist?	20 (36,4)	54 (72,0)	23 (65,7)	3 (75,0)	p<0,001

Tabel 17. Tegemata jäänud õendustegevuste seosed vahetuse liigiga

Tegemata jäänud õendustegevus	Vahetuse liik			p-väärtus
	Päevane vahetus	Öine vahetus	Ööpäevane vahetus (24 tundi)	
	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	Tegemata n (%)	
1) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku üldpesu?	4 (4,3)	3 (4,6)	0 (0)	p=1,000
2) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku osalist pesu?	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	p=0,444
3) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku nahahooldust?	2 (2,1)	8 (12,1)	0 (0)	p=0,035
4) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku suuhooldust?	4 (4,3)	4 (6,1)	1 (11,1)	p=0,404
5) ... ei saanud teostada patsientidele vajalikku hambapesu?	4 (4,3)	6 (9,1)	1 (11,1)	p=0,330
6) ... ei saanud korralikult abistada patsiente, kes iseseisvalt söömisega toime ei tulnud?	5 (5,3)	7 (10,6)	1 (11,1)	p=0,304
7) ... sa ei saanud vajalikul moel aktiveerida osalise liikumisvõimega või abistada liikumisvõimetuid patsiente?	35 (37,2)	36 (54,5)	2 (22,2)	p=0,039
8) ... sa ei saanud piiratud liikumisvõimega või liikumisvõimetute patsientide asendit muuta?	29 (30,9)	28 (42,4)	1 (11,1)	p=0,122
9) ... sa ei saanud piisavalt kiiresti vahetada patsientide voodipesu, mis oli määratud uriini, väljaheite või oksemassiga?	6 (6,4)	1 (1,5)	3 (33,3)	p=0,006
10) ... sa ei saanud pakkuda patsiendile emotsionaalset või psühhosotsiaalset tuge, kuigi pidasid seda vajalikuks, nt seoses tema haigusest tulenevate hirmude ja ebakindlusega, sõltuvustundega.	52 (55,3)	49 (74,2)	1 (11,1)	p<0,001
11) ... sa ei saanud patsiendi või patsiendi perega vajalikel teemadel vestelda?	53 (56,4)	52 (78,8)	2 (22,2)	p<0,001
12) ... sa ei saanud patsienti piisavalt informeerida teda eesootavatest uuringutest või planeeritud raviprotseduuridest?	27 (28,7)	28 (42,4)	2 (22,2)	p=0,164
13) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt oma eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu panid patsientidele märkme?	10 (10,6)	6 (9,1)	0 (0)	p=0,833
14) ... sa ei saanud patsiente juhendada, kuidas iseseisvalt eritamistoimingutega toime tulla, ning seetõttu pidid paigaldama põie püsikateetri?	6 (6,4)	5 (7,6)	0 (0)	p=0,872

(järgneb)

15) ... sa ei saanud läbi viia patsiendi aktiveerimist ja taastusravi protseduure?	43 (45,7)	43 (65,2)	1 (11,1)	p=0,002
16) ... sul ei olnud võimalik juhendada ja/või õpetada patsiente ja/või nende pereliikmeid, nt kuidas süstida insuliini, käituda või hakkama saada haigusega seotud sümptomitega (hüpoglükeemia, düspnoe)?	36 (38,3)	36 (54,6)	0 (0)	p=0,002
17) ... sul ei olnud võimalik patsiente või nende pereliikmeid piisavalt ette valmistada, kuidas pärast haiglast välja kirjutamist toime tulla?	47 (50,0)	46 (67,7)	3 (33,3)	p=0,016
18) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui nende arst oli korraldanud?	32 (34,0)	28 (42,4)	3 (33,3)	p=0,558
19) ... sul ei olnud võimalik patsiente nii hoolikalt jälgida, kui ise olid vajalikuks pidanud?	34 (36,2)	33 (50,0)	4 (44,4)	p=0,216
20) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid kasutama füüsilist ohjeldamist?	25 (26,6)	27 (40,9)	1 (11,1)	p=0,072
21) ... sul ei olnud võimalik segasusseisundis patsiente piisavalt hoolikalt jälgida ning seetõttu pidid neile rahusteid andma?	48 (51,1)	42 (63,4)	3 (33,3)	p=0,127
22) ... sa olid sunnitud viivitama patsiendile abi osutamisega, kui patsiendi seisund järsku muutus, kuna kutsutud arst saabus väga hilja?	30 (31,9)	17 (25,8)	1 (11,1)	p=0,396
23) ... sa ei saanud määratud ravimit ja/või infusiooni manustada selleks ettenähtud ajal?	42 (44,7)	35 (53,0)	1 (11,1)	p=0,050
24) ... sa ei saanud patsientidel teostada vajalikku haavahooldust / vahetada sidet?	33 (35,1)	35 (53,0)	0 (0)	p=0,009
25) ... sa ei saanud patsiente uuringuteks või raviprotseduurideks ette valmistada ?	6 (6,4)	3 (4,6)	2 (22,2)	p=0,144
26) ... sa pidid õe kutsunginuppu vajutanud patsiendi ootama jätma kauemaks kui 5 minutiks?	43 (45,7)	41 (62,1)	1 (11,1)	p=0,007
27) ... sa ei saanud teostada küllaldast kätehügieeni?	5 (5,3)	5 (7,6)	2 (22,2)	p=0,155
28) ... sa ei saanud teostada vajalikke desinfitseerimise meetmeid?	2 (2,1)	5 (7,6)	1 (11,1)	p=0,111
29) ... sul ei olnud oma vahetuse alguses piisavalt aega, et tutvuda õendusplaanidega ja end patsientide seisundiga kurssi viia?	45 (47,9)	40 (60,6)	5 (55,6)	p=0,269
30) ... sul ei olnud võimalik oma osakonda saabunud patsientide vajadusi kindlaks teha?	41 (43,6)	41 (62,1)	1 (11,1)	p=0,005
31) ... sul ei olnud võimalik patsientidele õendusplaani koostada?	42 (44,7)	43 (65,2)	2 (22,2)	p=0,008
32) ... sa ei saanud piisavalt dokumenteerida ja hinnata koostatud õendusplaani täitmist?	50 (53,2)	46 (69,7)	2 (22,2)	p=0,008